# Action concertée pour une saine alimentation...

**Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes et stratégies recommandées pour la mise en application**

# Action concertée pour une saine alimentation . . .

# Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes et stratégies recommandées pour la mise en application

*Rapport du Comité des communications et de la mise en application*

Publication autorisée par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

Also available in English under the title
**Action Towards Healthy Eating...**
Canada's Guidelines for Healthy Eating
and Recommended Strategies for Implementation
The Report of the Communications/Implementation Committee

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1990

N° de cat .: H39-166/1990F
ISBN : 0-662-95796-2

90-04342/

# Table des matières


1. **Résumé et mesures d'intervention préconisées** . . . . . 1

2. **Introduction** . . . . . 11

3. **Objet du rapport** . . . . . 13

4. **Membres du Comité des communications et de la mise en application** . . . . . 15

5. **Recommandations du Comité scientifique de révision** . . . . . 17

6. **Une adaptation des recommandations du CSR** . . . . . 19

7. **Examen du Guide alimentaire canadien** . . . . . 21

8. **État de la situation** . . . . . 23

Lignes directrices et recommandations . . . . . 23

Consommation alimentaire estimée . . . . . 23

Communication et mise en application . . . . . 32
- Sensibilisation des consommateurs aux questions de nutrition . . . . . 32
- Faits démographiques . . . . . 34
- Inégalités de santé et de nutrition . . . . . 34
- Alphabétisation . . . . . 35
- Approvisionnement alimentaire . . . . . 36
- Libre-échange . . . . . 38

Infrastructure en place . . . . . 38
- Spécialistes de la nutrition dans les services de santé publique et communautaire . . . . . 39
- Groupe fédéral-territorial-provincial sur la nutrition . . . . . 39
- Nutritionnistes au sein d'autres programmes . . . . . 40
- Association canadienne des diététistes . . . . . 40
- Professionnels de la santé et leurs associations . . . . . 41
- Organismes non gouvernementaux . . . . . 43
  - Institut national de la nutrition . . . . . 43
  - PARTICIPaction . . . . . 43
  - Organismes oeuvrant dans le domaine de la santé . . . . . 44
- Réseau canadien de santé cardiovasculaire . . . . . 45
- Le public canadien . . . . . 45

9. **Programmes d'intervention en nutrition** . . . . . 47
Programmes scolaires . . . . . 47
Programmes en milieu de travail . . . . . 51
Programmes au point de vente . . . . . 52
Supermarchés . . . . . 54
Restaurants . . . . . 55
Programmes médiatiques . . . . . 56
Programmes communautaires . . . . . 58

10. **Politique en nutrition et politique publique favorisant la santé** . . . . . 63

11. **Conclusions** . . . . . 65

12. **Bibliographie** . . . . . 67

13. **Remerciements** . . . . . 75

**Annexe A** . . . . . 77
Mandat et procédures du Comité des communications et de la mise en application

**Annexe B** . . . . . 81
Rapport du Comité scientifique de révision : Résumé

**Annexe C** . . . . . 85
Rapport du Groupe de travail sur le Guide alimentaire canadien : Résumé

**Annexe D** . . . . . 91
Rapport du Groupe technique sur le Guide alimentaire canadien : Résumé

**Annexe E** . . . . . 95
Rapport du Groupe de travail sur la consommation alimentaire : Résumé

**Annexe F** . . . . . 99
Résumé de la recherche auprès des groupes de discussion : Méthodes de communication des concepts nutritionnels

# 1.
# Résumé et mesures d'intervention préconisées

On ne pourra prétendre à la santé optimale des Canadiens que lorsque davantage d'efforts seront déployés en promotion de la santé et en prévention des maladies et que la nutrition sera partie intégrante des efforts précités. Une population en meilleure santé choisit une alimentation qui favorise la santé et qui diminue le risque de maladies chroniques. Bien qu'on ne s'entende pas encore tout à fait sur les particularités d'une alimentation saine, il n'en reste pas moins que le régime alimentaire optimal est un concept qui est beaucoup mieux compris. Le Comité scientifique de révision (CSR) a fourni une interprétation à jour des données scientifiques qui définit un régime alimentaire sain pour les Canadiens sous forme de recommandations en matière de nutrition. Celles-ci comprennent les apports nutritionnels recommandés pour les Canadiens. Les recommandations en matière de nutrition du CSR visent à aider les Canadiens à adopter un comportement alimentaire qui leur permettra d'obtenir la quantité recommandée des éléments nutritifs essentiels tout en réduisant le risque de maladie chronique.

Le Comité des communications et de la mise en application a mis en évidence de nombreux écarts entre les habitudes de consommation estimées et celles que prône le Comité scientifique de révision. Les écarts relevés font état des problèmes de nutrition auxquels sont en proie beaucoup de Canadiens qui ont des habitudes alimentaires qui leur font courir un plus grand risque de maladie chronique liée à l'alimentation, comme les maladies du coeur et certains types de cancer. Pour corriger ces écarts, et donc réduire le risque d'être la victime des maladies précitées, les Canadiens doivent modifier leurs habitudes alimentaires, notamment réduire leur consommation de lipides et de graisses saturées, augmenter leur consommation de glucides complexes et de fibres alimentaires, et diminuer leur apport de sel, d'alcool et de caféine. Par ailleurs, des programmes de fluoration de l'eau sont une nécessité dans bon nombre de collectivités.

Les recommandations en matière de nutrition présentées au Comité des communications et de la mise en application (CCMA) par le Comité scientifique de révision ont été adaptées afin qu'elles puissent être plus facilement comprises par le public. L'adaptation a été faite en fonction des résultats de recherches effectuées auprès de groupes de discussion composés de consommateurs ainsi que des conseils fournis par des experts de l'éducation en nutrition. Le Comité des communications et de la mise en application recommande la formulation suivante des recommandations aux fins de communications et de mise en application dans les milieux professionnel et public :

**Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes**

- *Agrémentez votre alimentation par la VARIÉTÉ.*
- *Dans l'ensemble de votre alimentation, donnez la plus grande part aux céréales, pains et autres produits céréaliers ainsi qu'aux légumes et aux fruits.*
- *Parmi les produits laitiers, les viandes et les aliments cuisinés, optez pour les plus maigres.*
- *Cherchez à atteindre et à maintenir un poids-santé en étant régulièrement actif et en mangeant sainement.*
- *Lorsque vous consommez du sel, de l'alcool ou de la caféine, allez-y avec modération.*

Les recommandations s'adressent aux Canadiens en bonne santé âgés de plus de deux ans. Ensemble, les énoncés qui précèdent constituent le message clé à l'intention des Canadiens en bonne santé. Le CCMA recommande que des recherches plus poussées soient entreprises dans le but de clarifier le message pour certains sous-groupes de la population, comme les groupes peu scolarisés et les groupes ethniques.

Le Comité recommande également que le *Guide alimentaire canadien* soit révisé afin qu'il fasse état des recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes. Le guide révisé traiterait de la ration alimentaire totale, en incorporant une vaste gamme d'aliments qui font partie des aliments consommés par les Canadiens, mais qui ne sont pas mentionnés dans les quatre groupes d'aliments cités dans la version en circulation du guide.

Le Comité des communications et de la mise en application recommande que de nombreuses stratégies soient employées pour la mise en application des recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes. Il est nécessaire de faire plus que donner de l'information aux Canadiens sur ce qui constitue une alimentation saine. La mise en application doit faire intervenir une vaste gamme de stratégies, ainsi que des efforts conjoints et coordonnés, notamment :

- l'élaboration de politiques concernant la nutrition et les aliments;
- la collaboration entre les parties en cause et la coordination de leurs efforts;
- la mise sur pied, au niveau communautaire, d'interventions coopératives en matière de nutrition;
- la création d'un milieu favorable dans les écoles, en milieu de travail, dans les restaurants et les supermarchés et par l'adoption de lois et la mise à jour des politiques s'il y a lieu;
- l'intensification de la recherche et du contrôle dans le domaine de la nutrition.

La communication et la mise en application des recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes supposent engagement et efforts conjoints à plusieurs niveaux, notamment de la part des gouvernements, de l'industrie alimentaire et des services connexes, des professionnels de la santé et de la nutrition, des organismes non gouvernementaux, des organismes de santé communautaire et du public. La responsabilité et la volonté d'appuyer les recommandations ainsi que de les diffuser et de les mettre en application incombent à tous les groupes précités.

Les mesures d'intervention proposées ci-après sont le produit de longues délibérations au sein du Comité et de vastes consultations avec des représentants des groupes auxquels s'adressent les recommandations. Le succès de la mise en oeuvre des mesures d'intervention proposées dépend d'efforts conjoints suivis et de l'engagement à long terme du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour permettre leur mise en application coordonnée.

Les recommandations formulées par le Comité des communications et de la mise en application s'adressent aux groupes suivants : le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et d'autres ministères fédéraux, les gouvernements provinciaux, territoriaux et municipaux, les professionnels de la santé et de la nutrition et les organismes au sein desquels ils oeuvrent, l'industrie alimentaire, le secteur des services alimentaires, les organismes non gouvernementaux et le public.

Le Comité a formulé des recommandations qui s'adressent à l'ensemble des groupes susmentionnés, ainsi que des recommandations particulières pour chacun d'entre eux.

### A. Recommandations communes à tous les secteurs

A1 Mettre en oeuvre une politique nationale coordonnée en matière de nutrition et d'alimentation qui fasse le lien entre les questions de nutrition et de santé et les secteurs de l'agriculture, de l'éducation, de la condition physique, des pêches, des services sociaux, de l'environnement et d'autres domaines connexes.

A2 Adopter les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes et les faire connaître comme étant les seules recommandations en matière de nutrition qui doivent être communiquées aux personnes en santé de plus de deux ans, et mises en application par celles-ci.

A3 Intégrer les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes dans les programmes de nutrition et le matériel connexe.

A4 Créer et maintenir des programmes de nutrition sélectifs et élaborer le matériel nécessaire pour répondre aux besoins de la population, en tenant compte de ses caractéristiques socio-démographiques et culturelles.

A5 Mettre sur pied des mécanismes de concertation intersectorielle pour l'élaboration de programmes communautaires de nutrition visant à promouvoir et à appuyer l'application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes, qui incluraient des interventions en milieu scolaire et en milieu de travail, dans les médias, les restaurants et les magasins d'alimentation.

A6 Rechercher la collaboration des divers secteurs pour élaborer des lignes directrices pour la diffusion, au moment de la vente de produits alimentaires, de renseignements relatifs à la santé.

A7 Intensifier la recherche et appuyer un système national de connaissance et de surveillance dans le domaine de la nutrition.

A8 Réviser les Recommandations sur la nutrition et les stratégies de communication et de mise en application tous les cinq ans.

**B. Recommandations au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social**

B1 Prendre en charge la coordination, au niveau national, de la mise en application des recommandations contenues dans le *Rapport du Comité des communications et de la mise en application.*

B2 Établir un groupe de coordination intersectorielle pour la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes. Ce groupe relèverait du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social et devrait être constitué de représentants des organismes professionnels oeuvrant dans les domaines de la nutrition et de la santé, de l'industrie alimentaire et des industries connexes, des organismes non gouvernementaux, d'autres ministères et du public.

B3 Réviser, tous les cinq ans, en collaboration avec ces représentants, les Recommandations sur la nutrition et les stratégies de mise en application.

B4 Adopter les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes et les faire connaître comme étant les seules recommandations en matière de nutrition qui doivent être communiquées aux personnes en santé de plus de deux ans.

B5 Encourager et coordonner le travail des gouvernements aux niveaux fédéral, provincial, territorial et municipal en ce qui concerne l'élaboration d'une politique coordonnée en matière de nutrition et d'alimentation, qui fasse le lien entre les questions de nutrition et de santé et les secteurs de l'agriculture, de l'éducation, des pêches, de la condition physique, des services sociaux, de l'environnement et d'autres domaines connexes.

B6 Renforcer la communication et la collaboration en ce qui concerne l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques et de programmes en matière de nutrition et de santé, au sein du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

B7 Renforcer la communication et la coordination à propos des question de nutrition et d'alimentation entre les ministères de la Santé nationale et du Bien-être social, de l'Agriculture, de la Consommation et des Corporations, des Pêches et des Océans, et de la Défense nationale.

B8 Examiner et, au besoin, réviser les politiques gouvernementales dans des domaines comme le libre-échange, la réforme de la taxe de vente, l'étude des pesticides, le prix des denrées alimentaires et l'utilisation du sol, afin d'appuyer la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

B9 S'associer aux initiatives intersectorielles visant l'élaboration de lignes directrices pour la diffusion, au moment de la vente de produits alimentaires, de renseignements relatifs à la santé, et entreprendre les révisions nécessaires des lois ou des politiques afférentes, au besoin.

B10 Réclamer les amendements appropriés à la *Loi sur les normes des produits agricoles du Canada* afin de permettre la mise au point de produits de viande et de produits laitiers à faible teneur en matières grasses.

B11 Préconiser la modification des lois et règlements relatifs aux produits laitiers, pour que des produits dont la teneur en matière grasses a été modifiée ou réduite puissent être mis en vente dans toutes les provinces.

B12 Faire valoir auprès d'Agriculture Canada et des ministères provinciaux de l'Agriculture l'importance de la nutrition comme facteur déterminant dans le développement de produits agro-alimentaires.

B13 Convaincre l'industrie alimentaire de l'importance de la nutrition en tant que facteur déterminant dans la mise au point de produits alimentaires.

B14 Financer des projets communautaires en matière de nutrition en allouant des ressources suffisantes pour les grands projets pilotes en nutrition, les petites innovations et le transfert des programmes efficaces à d'autres collectivités et organismes.

B15 En collaboration avec les provinces et les territoires, élaborer des systèmes pour appuyer l'action communautaire dans le domaine de la nutrition notamment, des subventions d'encouragement, des services de formation et de consultation, des mécanismes de communication.

B16 Réviser le *Guide alimentaire canadien* en tenant compte des recommandations du Groupe de travail et du Groupe technique sur le *Guide alimentaire canadien*. Le Guide alimentaire révisé devrait adopter une approche fondée sur la ration alimentaire totale reflétant les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes et les Recommandations sur la nutrition.

B17 Fournir aux secteurs participant des ressources financières et collaborer avec eux à la création d'une banque nationale de données de référence et de données courantes sur l'état nutritionnel des Canadiens et la consommation alimentaire.

B18 Encourager l'évaluation de programmes de promotion en matière de nutrition et de santé par la création de programmes de financement.

B19 Évaluer dans quelle mesure les programmes d'étiquetage nutritionnel aident le public à se conformer aux Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes. Procéder aux révisions nécessaires.

B20 Mettre au point un protocole pouvant être utilisé par les différents secteurs afin de vérifier régulièrement si le public est au courant des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes, et s'il s'y conforme.

B21 S'occuper activement de la diffusion et de la publication des résultats de recherches et de leurs répercussions afin de faciliter la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

B22 Par le biais du Programme national de recherche et de développement en matière de santé, financer des recherches en nutrition afin de faciliter la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

**C. Recommandations aux gouvernements provinciaux, territoriaux et municipaux**

C1 Se charger de la coordination au niveau provincial, territorial et municipal de la mise en application des recommandations contenues dans le *Rapport du Comité des communications et de la mise en application.*

C2 Établir un groupe de coordination intersectorielle pour la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes. Le groupe doit être composé de représentants des organismes professionnels oeuvrant dans les domaines de la nutrition et de la santé, de l'industrie alimentaire et des industries connexes, des organismes non gouvernementaux et d'autres ministères ainsi que du public.

C3 Adopter les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes et les faire connaître comme étant les seules recommandations en matière de nutrition qui doivent être communiquées aux personnes en santé de plus de deux ans.

C4 Élaborer une politique coordonnée en matière de nutrition et d'alimentation qui établisse un lien entre la nutrition et la santé et les secteurs de l'agriculture, de l'éducation, des pêches, de la condition physique, des services sociaux, de l'environnement, et d'autres domaines connexes.

C5 Intégrer les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes dans des programmes, des politiques, des lois et règlements, des campagnes médiatiques, etc., en tenant compte des besoins de la population locale.

C6 Examiner la dotation en personnel dans les services de santé communautaire de façon à prévoir une diététiste-nutritionniste pour 50 000 habitants.

C7 Élaborer des plans, des programmes et des politiques de mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes, en tenant compte des besoins de la population aux points de vue socio-démographique et culturel.

C8 Appuyer financièrement le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et collaborer avec lui pour créer une base de données de référence et de données courantes sur l'état nutritionnel des Canadiens et la consommation alimentaire.

C9 Encourager l'évaluation de programmes de promotion en matière de nutrition et de santé par la création de programmes de financement.

C10 Encourager la création d'octrois pour financer la recherche en vue de favoriser la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

C11 Intégrer l'enseignement de la nutrition à tous les niveaux dans le système d'éducation officiel et notamment dans les programmes de formation des enseignants.

C12 Voir à ce que les aliments servis dans les écoles canadiennes soient conformes aux recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

C13 Mettre au point des politiques coordonnées en matière de nutrition et d'alimentation en milieu scolaire.

C14 Exiger que l'eau distribuée par les municipalités contiennent au moins 1 mg de fluor par litre.

C15 Examiner les prestations d'assistance sociale et les ajuster au besoin pour que les bénéficiaires puissent observer les recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

C16 Apporter des amendements aux lois et règlements ayant trait aux produits laitiers, lorsque ceux-ci imposent des restrictions, afin de permettre la mise en marché de produits alimentaires dont la teneur en matières grasses a été modifiée ou réduite.

C17 Faire en sorte que la nutrition soit un facteur déterminant dans le développement de produits agro-alimentaires.

C18 Promouvoir la vente des produits alimentaires des provinces en faisant valoir leur valeur nutritionnelle.

**D. Recommandations aux organismes professionnels oeuvrant dans le domaine de la nutrition et de la santé**

D1 Adopter les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes et les faire connaître comme étant les seules recommandations en matière de nutrition qui doivent être communiquées aux personnes en santé de plus de deux ans.

D2 S'occuper de la promotion des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes et de leur mise en application auprès des membres (par l'entremise des journaux, de bulletins, de cours d'éducation permanente, de rencontres annuelles, etc.).

D3 Inciter les membres à discuter de la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes, et y participer activement, aux niveaux national, provincial et communautaire.

D4 Coordonner avec les autres intéressés la diffusion d'un message uniforme à propos de l'alimentation et de la santé.

D5 Travailler avec les secteurs privé et public et les organismes bénévoles oeuvrant dans le domaine de la santé à l'élaboration de politiques en matière de nutrition aux niveaux national, provincial, territorial et communautaire.

D6 Insister davantage sur la nutrition comme outil de promotion de la santé et de prévention de la maladie, durant la formation et dans les programmes d'éducation continue dispensés aux nutritionnistes et autres professionnels de la santé.

D7 S'associer aux initiatives intersectorielles visant l'élaboration de lignes directrices pour la diffusion, au moment de la vente des produits alimentaires, de renseignements relatifs à la santé.

D8 Encourager et appuyer l'élaboration de politiques provinciales, territoriales et locales en matière de nutrition en milieu scolaire.

D9 Chercher à ce que la nutrition soit un facteur déterminant dans les services d'alimentation commerciaux et institutionnels.

D10 Faire valoir auprès d'Agriculture Canada et des ministères provinciaux de l'Agriculture l'importance de la nutrition comme facteur déterminant dans le développement de produits agro-alimentaires.

D11 Faire valoir auprès de l'industrie alimentaire l'importance de la nutrition en tant que facteur déterminant dans le développement des produits alimentaires.

D12 Recueillir des données sur la connaissance et la conformité aux recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes lorsqu'il est possible de procéder à des enquêtes et de faire des recherches.

D13 Encourager les secteurs public et privé à entreprendre des recherches pour favoriser la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

**E. Recommandations aux professionnels de la nutrition et de la santé**

E1 Encourager la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes en préconisant l'élaboration de politiques locales (notamment dans les municipalités, les entreprises et les commissions scolaires).

E2 Utiliser les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes dans son milieu de travail pour que la clientèle bien portante reçoivent un message uniforme en matière de nutrition.

E3 Faire participer des personnalités locales, des représentants du secteur privé et de la population cible à l'intégration des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes dans les programmes locaux, comme ceux qui s'adressent aux groupes peu scolarisés et aux groupes ethniques.

E4 Associer différents groupes (comme les regroupements communautaires et paroissiaux, et les regroupements de travailleurs) à la conception, la mise en application et l'évaluation d'interventions communautaires dans le domaine de la nutrition.

E5 Prôner l'intégration d'une composante sur la nutrition dans tous les programmes de santé communautaire qui s'y prêtent.

**F. Recommandations à l'industrie alimentaire**

F1 Élaborer et appliquer des politiques internes en matière de nutrition afin d'encourager la production et la promotion de produits alimentaires et de menus qui tiennent compte des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

F2 Mettre au point des produits à faible teneur en matières grasses et en calories, et riches en éléments nutritifs. Cette recommandation concerne particulièrement l'industrie des produits laitiers et de boulangerie ainsi que la catégorie des aliments à grignoter.

F3 Réduire l'utilisation du sel et des ingrédients contenant du sodium dans le traitement des aliments.

F4 Chercher à ce qu'il y ait moins d'acides gras dans les produits alimentaires.

F5 Mener des campagnes de promotion en matière de nutrition qui sont en accord avec les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

F6 Appuyer les efforts des organismes oeuvrant dans les domaines de la santé ou de la nutrition qui diffusent les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

F7 Participer activement aux activités de promotion et d'éducation en matière de nutrition avec les professionnels de la santé et les organismes non gouvernementaux.

F8 Appliquer l'étiquetage nutritionnel volontaire au plus grand nombre possible de produits.

F9 Encourager la consommation de produits ayant une bonne valeur nutritionnelle et en utilisant les recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes afin d'inciter les clients à lire les étiquettes des produits alimentaires.

F10 Se servir des étiquettes et des annonces publicitaires pour recommander la consommation de portions plus petites d'aliments riches en matières grasses.

F11 Utiliser des produits contenant peu de matières grasses dans les recettes données sur les étiquettes ou dans la publicité, ainsi que dans les menus et les présentations proposées.

F12 S'associer aux initiatives intersectorielles visant l'élaboration de lignes directrices pour la diffusion, au moment de la vente de produits alimentaires, de renseignements relatifs à la santé.

F13 Effectuer des recherches pour contribuer à la mise au point de produits contenant peu de matières grasses, de graisses saturées et de cholestérol, et riches en glucides complexes et en fibres.

F14 Participer, avec les représentants d'autres secteurs, à des études de contrôle sur la nutrition.

**G. Recommandations au secteur des services alimentaires**

G1 Élaborer une politique qui fait de la nutrition un facteur déterminant dans l'achat des aliments et la mise au point de produits.

G2 Offrir aux consommateurs, dans les restaurants, les cafétérias et les distributrices, un choix d'aliments à faible teneur en matières grasses, en graisses saturées et en cholestérol, et riches en glucides complexes et en fibres.

G3 Dans la préparation des aliments, utiliser autant que possible des méthodes de cuisson ayant peu ou pas recours aux matières grasses.

G4 Limiter l'utilisation du sel dans la préparation des aliments.

G5 Mettre au menu surtout des aliments riches en glucides complexes et contenant peu de matières grasses.

G6 Sensibiliser les chefs, les cuisiniers, les serveurs et les autres membres du personnel des services alimentaires à la nutrition pour les aider à mettre en application les recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

G7 Inclure des cours sur la nutrition dans les programmes officiels de formation des cadres de services alimentaires, des chefs, des cuisiniers, etc.

G8 Fournir aux consommateurs de l'information sur la valeur nutritive des aliments qui leur sont servis.

G9 Utiliser des menus et du matériel promotionnel visant à encourager les gens à faire des choix selon les recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

G10 S'associer aux établissements (écoles, entreprises, hôpitaux), et aux professionnels de la nutrition et de la santé pour la conception, la mise en application et l'évaluation d'interventions communautaires dans le domaine de la nutrition.

G11 S'associer aux initiatives intersectorielles visant l'élaboration de lignes directrices pour la diffusion, au moment de la vente de produits alimentaires, de renseignements relatifs à la santé.

**H. Recommandations aux organismes non gouvernementaux (comme l'Institut national de la nutrition, PARTICIPaction, la Société canadienne du cancer et la Fondation canadienne des maladies du coeur)**

H1 Adopter les recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes et les faire connaître comme étant les seules recommandations en matière de nutrition qui doivent être communiquées aux personnes en santé de plus de deux ans.

H2 Inciter membres et bénévoles à promouvoir les recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

H3 Assurer un soutien professionnel adéquat aux programmes de nutrition.

H4 S'associer aux établissements (écoles, entreprises, hôpitaux), aux professionnels de la nutrition et de la santé et au secteur privé pour la conception, la mise en application et l'évaluation d'interventions communautaires dans le domaine de la nutrition.

H5 Travailler avec les secteurs privé et public et les organismes professionnels oeuvrant dans le domaine de la santé à l'élaboration d'une politique de la nutrition coordonnée aux niveaux national, provincial, territorial et communautaire.

H6 S'associer aux initiatives intersectorielles visant l'élaboration de lignes directrices pour la diffusion, au moment de la vente des produits alimentaires, de renseignements relatifs à la santé.

H7 Encourager l'évaluation des programmes de promotion en matière de nutrition et de santé par la création de programmes de financement.

H8 Encourager la recherche sur les relations entre le régime alimentaire et les maladies chroniques.

H9 Faire valoir auprès d'Agriculture Canada et des ministères provinciaux de l'Agriculture l'importance de la nutrition comme facteur déterminant dans le développement de produits agro-alimentaires.

H10 Faire valoir auprès de l'industrie alimentaire l'importance de la nutrition en tant que facteur déterminant dans le développement des produits alimentaires.

**I. Recommandations au public**

I1 Adopter les recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes, pour les personnes de plus de deux ans.

I2 Inciter et appuyer les membres de la famille, les amis et les collègues de travail qui tentent d'adopter les recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

I3 Réclamer l'accès financier, géographique et culturel à un choix d'aliments qui permette d'observer les recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes dans les supermarchés, les écoles, au travail et dans les restaurants.

I4 Réclamer, tant au niveau local que national, des politiques en matière de nutrition et d'alimentation qui appuient les recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

I5 Exercer des pressions afin que des programmes de nutrition soient offerts et accessibles au sein de la collectivité.

Le succès de la mise en application des recommandations alimentaires dépend de la volonté de chacune des parties visées à s'engager à relever le défi que constituent les actions recommandées ci-dessus. Éventuellement, le régime des Canadiens et des Canadiennes sera plus sain et leur qualité de vie, par voie de conséquence, en sera accrue.

# 2. Introduction

En réponse au questionnement des consommateurs sur la relation entre l'alimentation et la santé, les conseils et recommandations en matière d'alimentation et de nutrition ont suscité de plus en plus d'intérêt depuis dix ans. Ainsi, depuis la parution en 1977, des *Recommandations alimentaires pour les Canadiens* de Santé et Bien-être social Canada il y a eu une prolifération de lignes directrices différentes en matière de régime alimentaire au Canada (Murray et Rae, 1979).

La diffusion intense de conseils sur l'alimentation par des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux variés fait à elle seule état du manque de coordination au niveau de la conception et de la diffusion des messages, des programmes et du matériel didactique sur la nutrition au Canada. Les messages parfois contradictoires sèment la confusion au sujet de la relation entre l'alimentation et la santé tant chez les consommateurs que chez les professionnels de la santé.

En 1986, à l'occasion d'une réunion organisée par l'Institut national de nutrition, on a convenu qu'il fallait élaborer une série commune de recommandations sur la nutrition comme première étape de la formulation d'une politique nationale concertée en matière de nutrition. Durant cette même réunion, les représentants de 12 organismes, dont le gouvernement, des organismes de santé bénévoles et des associations professionnelles, ont discuté de la collaboration nécessaire à l'élaboration de recommandations en matière de nutrition qui conviennent à toutes les parties en cause.

En 1987, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social créa deux comités — le Comité scientifique de révision (CSR) et le Comité des communications et de la mise en application (CCMA). Ils étaient mandatés pour l'étude et la révision des recommandations alimentaires s'adressant à la population canadienne en santé. Leurs mandats visaient la formulation de recommandations récentes en matière de nutrition à l'intention des professionnels et du public, dans le but de promouvoir et de conserver la santé et de prévenir les maladies liées à l'alimentation.

Afin de mettre à jour les recommandations sur la nutrition, le Comité scientifique de révision a étudié les données scientifiques connues, du point de vue de la santé publique. Son rapport contient les Recommandations sur la nutrition ainsi que leur justification scientifique.

Dans son rapport, le Comité des communications et de la mise en application a transposé les recommandations du Comité scientifique de révision afin que le public puisse les comprendre et a proposé des stratégies de communication et de mise en application des recommandations. Les rapports des deux comités précités constituent un important pas en avant, vers l'élaboration d'une politique nationale en matière de nutrition.

# 3.
# Objet du rapport

Le rapport du Comité des communications et de la mise en application comprend des stratégies d'ensemble de communication et de mise en application des recommandations en matière de nutrition qui figurent dans le rapport du Comité scientifique de révision ainsi que la reformulation des recommandations du CSR afin que le public puisse les comprendre. Le rapport met l'accent sur la nutrition à titre d'élément important de tout effort déployé pour atteindre et conserver la santé.

Le rapport comprend :

- les recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes, soit la reformulation des recommandations en matière de nutrition de sorte que le public puisse les comprendre;
- la description des pratiques alimentaires actuelles de la population ainsi que des écarts entre celles-ci et les pratiques recommandées;
- l'analyse des activités, programmes, méthodes et matériel didactique sur la nutrition en exploitation à l'intention du public, y compris le *Guide alimentaire canadien*;
- une description des possibilités et des défis à relever au niveau de la mise en application;
- une description de l'infrastructure existante susceptible de servir à la mise en application des recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes;
- une description d'exemples clé de programmes d'intervention en matière de nutrition en vigueur;
- des mesures d'intervention proposées à l'intention des nutritionnistes et autres professionnels de la santé, des gouvernements, de l'industrie alimentaire et des industries connexes, des organismes non gouvernementaux de santé et du public.

Dans le cadre de la préparation du présent rapport, on a consulté des représentants des groupes précités qui sont d'importants partenaires au niveau de la mise en application des recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

# 4.
# Membres du Comité des communications et de la mise en application

Donna Woolcott
Présidente du Comité des communications et de la mise en application
Professeur agrégé
Division of Applied Human Nutrition
University of Guelph
Guelph (Ontario)

Lise Bertrand
Agente de planification et de programmation
Département de santé communautaire
Hôpital du Sacré-Coeur
Montréal (Québec)

Karen Cooper
Nutritionniste provinciale
Community Health Services Branch
Saskatchewan Health
Regina (Saskatchewan)

John Garcia
Superviseur
Section de promotion et d'appui de la santé communautaire
Département de la santé publique de la Ville de Toronto
Toronto (Ontario)

Shelagh Kerr
Vice-président, secteur technique
Fabricants canadiens de produits alimentaires
Don Mills (Ontario)

François Lagarde
Directeur administratif, projets nationaux
PARTICIPaction
Montréal (Québec)

Marsha Sharp
Directrice administrative
Association canadienne des diététistes
Toronto (Ontario)

Nancy Schwartz
Présidente
Institut national de la nutrition
Ottawa (Ontario)

Heather Nielsen
Coordonnatrice du Comité des communications et de la mise en application
(juillet 1987 à février 1988)
Chef, Unité des programmes de nutrition
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario)

Dawn Palin
Coordonnatrice du Comité des communications et de la mise en application
(février 1988 à juillet 1989)
Agente, programmes de nutrition
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario)

Carmen Connolly
Coordonnatrice du Comité des communications et de la mise en application
(mars 1988 à juillet 1989)
Agente, programmes de nutrition
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario)

Joyce Beare-Rogers
Coordonnatrice du Comité scientifique de révision
Chef, Division de la recherche sur la nutrition
Direction générale de la protection de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario)

Le mandat et les procédures du CCMA figurent à l'annexe A.

# 5.
# Recommandations du Comité scientifique de révision

Le Comité scientifique de révision a formulé ses recommandations après avoir procédé à une étude approfondie de la documentation sur les besoins nutritifs et sur le rapport entre l'alimentation, la nutrition et la santé. « Les recommandations du Comité visent à guider les consommateurs afin qu'ils prennent des habitudes alimentaires qui leur fournira les apports recommandés des éléments nutritifs essentiels tout en réduisant le risque de maladies chroniques. Bien que les recommandations soient présentées en succession, il est important de souligner qu'elles ne sont réellement efficaces que lorsqu'elles sont appliquées globalement. De même, il est bon de se rappeler que les recommandations ne sont pas des ordonnances et qu'on peut y satisfaire en combinant différents aliments sans qu'il faille, d'une façon générale, consommer des suppléments. »

Le Comité scientifique de révision a adopté les énoncés suivants à titre de recommandations :

**Recommandations sur la nutrition pour les Canadiens**

- *Le régime alimentaire des Canadiens devrait leur fournir l'énergie nécessaire pour qu'ils maintiennent leur poids corporel dans les limites recommandées.*
- *Le régime alimentaire des Canadiens devrait leur fournir les quantités recommandées des éléments nutritifs essentiels.*
- *Le régime alimentaire des Canadiens ne devrait pas leur fournir plus de 30 p. 100 de la quantité totale d'énergie sous forme de lipides (33 g/1 000 kcal ou 39 g/5 000 kJ) et pas plus de 10 p. 100 sous forme de graisses saturées (11 g/1 000 kcal ou 13 g/5 000 kJ).*
- *Le régime alimentaire des Canadiens devrait leur fournir 55 p. 100 de la quantité totale d'énergie sous forme de glucides (138 g/1 000 kcal ou 165 g/5 000 kJ) provenant de diverses sources.*
- *La teneur en sodium du régime alimentaire des Canadiens devrait être abaissée.*
- *Le régime alimentaire des Canadiens ne devrait pas leur fournir plus de 5 p. 100 de l'apport total en énergie sous forme d'alcool, ou deux consommations de boisson alcoolisée par jour, le choix devant porter sur la plus faible des deux quantités d'alcool.*
- *Le régime alimentaire des Canadiens ne devrait pas leur fournir plus de caféine que l'équivalent de quatre tasses de café par jour.*
- *Lorsque l'eau provenant de la municipalité contient moins de 1 mg de fluor par litre, elle devrait être fluorée pour atteindre ce taux.*

Les recommandations susmentionnées visent les Canadiens en bonne santé de plus de deux ans. Le résumé du rapport du Comité scientifique de révision figure à l'annexe B.

# 6.
# Une adaptation des recommandations du CSR

Les recommandations sur la nutrition ont pour objet de renseigner les professionnels et le public sur ce que constitue une alimentation saine. Avant que les recommandations puissent être admises et appliquées par le public, il faut que celui-ci les comprennent.

D'après plusieurs sources d'information, y compris une consultation des experts, une étude approfondie de la documentation et des recherches auprès de groupes de discussion composés de consommateurs canadiens, le Comité des communications et de la mise en application propose que les Recommandations sur la nutrition formulées par le Comité scientifique de révision soient communiquées au public ainsi :

**Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes**

- *Agrémentez votre alimentation par la VARIÉTÉ.*
- *Dans l'ensemble de votre alimentation, donnez la plus grande part aux céréales, pains et autres produits céréaliers ainsi qu'aux légumes et aux fruits.*
- *Parmi les produits laitiers, les viandes et les aliments cuisinés, optez pour les plus maigres.*
- *Cherchez à atteindre et à maintenir un poids-santé en étant régulièrement actif et en mangeant sainement.*
- *Lorsque vous consommez du sel, de l'alcool ou de la caféine, allez-y avec modération.*

L'adaptation des recommandations mises en avant par le CSR s'est faite en fonction de plusieurs principes. En particulier, on visait l'exactitude du fondement scientifique, un ton positif, une approche axée sur l'action et un niveau de langue à la portée de la plupart des Canadiens.

A2 Le Comité des communications et de la mise en application recommande que tous les secteurs adoptent les recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes et les fassent connaître comme étant les seules recommandations en matière de nutrition qui doivent être communiquées aux personnes en santé âgées de plus de deux ans, et mises en application par celles-ci.

Les recommandations s'adressent aux Canadiens en bonne santé de plus de deux ans. Ensemble, les énoncés susmentionnés constituent le principal message en matière de nutrition à l'intention des Canadiens en bonne santé. Cependant, le CCMA recommande que des études de marché plus poussées soient entreprises dans le but d'adapter ce message sur la nutrition à l'intention de groupes spécifiques, comme les groupes peu scolarisés et les groupes ethniques. Par ailleurs, des campagnes spéciales devront être organisées dans le but d'atteindre chaque secteur de la population canadienne. Le CCMA recommande que des études supplémentaires soient entreprises dans le but de clarifier les messages sur la nutrition diffusés à l'intention de ces secteurs ainsi que dans le but d'évaluer dans quelle mesure les consommateurs connaissent et appliquent les lignes directrices.

# 7.
# Examen du Guide alimentaire canadien

Le CCMA a été mandaté spécifiquement pour procéder à l'examen du *Guide alimentaire canadien* (qui s'appelait à l'origine les *Règles alimentaires au Canada*) qui est la pierre angulaire de l'éducation en nutrition au Canada depuis près de 50 ans. Le *Guide alimentaire canadien* a été élaboré dans le but d'exprimer les apports nutritionnels recommandés en termes d'aliments et de fournir aux consommateurs un guide simple leur permettant de sélectionner des aliments susceptibles de combler leurs besoins nutritifs et ainsi de prévenir les maladies attribuables à des déficiences alimentaires (Santé et Bien-être social Canada, 1982a). Les principaux problèmes de santé qui menacent les Canadiens à l'heure actuelle sont l'obésité et les maladies chroniques liées à l'alimentation comme le cancer et les maladies du coeur, le facteur de risque nutritionnel étant la consommation excessive d'aliments et d'éléments nutritifs. La transition de maladies causées par des carences alimentaires à des problèmes de santé chroniques liées à de mauvaises habitudes alimentaires a fait ressortir le besoin de procéder à une étude de la validité des outils et des programmes d'éducation en nutrition.

Le Groupe de travail et le Groupe technique sur le *Guide alimentaire canadien* ont tous deux aidé le Comité des communications et de la mise en application à faire l'examen du *Guide alimentaire canadien*. (Les recommandations de ces deux groupes se trouvent aux annexes C et D, respectivement.) Le rapport du Groupe de travail sur le *Guide alimentaire canadien* consiste en une étude exhaustive de la documentation et de l'information fournies par différents groupes ainsi que par des nutritionnistes et d'autres éducateurs. Après analyse exhaustive des sources d'information disponibles, les membres du Groupe de travail sur le *Guide alimentaire canadien* ont conclu qu'un outil éducatif en matière de nutrition comme le *Guide alimentaire canadien* est encore nécessaire, mais que des modifications fondamentales doivent être apportées au Guide afin qu'il fasse état des sujets d'inquiétude actuels des Canadiens en matière de nutrition. Le *Guide alimentaire canadien* a été conçu dans le but de servir à établir une ration alimentaire minimale, c'est-à-dire une ration alimentaire qui contienne les quantités minimales de nourriture nécessaires pour satisfaire aux besoins en éléments nutritifs de la plupart des gens. Le Guide ne tient pas compte de la nécessité de limiter l'apport de certains éléments nutritifs ou aliments et ne fait pas mention des nombreux plats transformés, apprêtés ou combinés qui sont caractéristiques de l'alimentation actuelle des Canadiens. De nombreux éducateurs en nutrition ont demandé des changements au Guide, y compris l'intégration des Recommandations alimentaires pour les Canadiens dans le Guide, l'inclusion d'aliments qui ne s'inscrivent pas dans les quatre groupes d'aliments de base et la modification du titre et de la présentation du Guide. Le Comité des communications et de la mise en application a accepté les recommandations du Groupe de travail sur le *Guide alimentaire canadien* visant l'élaboration d'un guide révisé axé sur une approche globale de l'alimentation. Grâce à cette approche, il serait possible d'incorporer les Recommandations sur la nutrition dans le Guide, ce qui le rendrait alors utile non seulement à titre d'outil permettant de parer au risque de déficience alimentaire, mais également comme moyen de promouvoir une alimentation susceptible de réduire le risque de maladie chronique. Cette approche permettrait également de rendre compte dans le Guide de la vaste gamme d'aliments consommés au Canada, et non uniquement des aliments qui font partie des quatre groupes de base.

Le rapport du Groupe technique sur le *Guide alimentaire canadien* consiste en une analyse détaillée des changements nécessaires pour adopter une approche globale de l'alimentation dans une version révisée du Guide. Le rapport se penche sur le type et le nombre de groupes d'aliments, en fonction de la valeur nutritive, afin

de veiller à ce que le Guide révisé tienne compte des recommandations en matière de nutrition, ainsi que des apports nutritionnels recommandés pour les Canadiens mis à jour par le CSR.

Le CCMA a accepté les recommandations du Groupe de travail technique sur le *Guide alimentaire canadien*. Celles-ci et le rapport connexe sont une source d'information détaillée pour l'élaboration d'un guide alimentaire révisé pour les Canadiens.

Étant donné que le *Guide alimentaire canadien* est utilisé partout au Canada dans pratiquement tous les programmes d'éducation en nutrition, il faut s'intéresser aux changements recommandés au Guide sans plus tarder. Un guide révisé, basé sur une approche globale de l'alimentation, sera un outil important de communication et d'adaptation des recommandations en matière de nutrition du CSR en suggestions susceptibles d'être suivies.

B16 Donc le CCMA recommande que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social révise le *Guide alimentaire canadien* en tenant compte des recommandations du Groupe de travail et du Groupe technique sur le *Guide alimentaire canadien*. Le Guide alimentaire révisé devrait adopter une approche fondée sur la ration alimentaire totale reflétant les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes et les Recommandations sur la nutrition.

# 8.
# État de la situation

La présente section décrit les éléments communication et mise en application des recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes. Elle comprend un état de la situation actuelle au Canada à ces égards :

- les lignes directrices et les recommandations en matière d'alimentation et de nutrition actuellement utilisées;
- des estimations de la consommation d'aliments actuelle des Canadiens et des écarts entre les pratiques et les recommandations;
- les possibilités et les défis quant à la communication et à la mise en application des recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes;
- l'infrastructure existante pouvant servir à la communication et à la mise en application des recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

## Lignes directrices et recommandations

Dans l'état actuel des choses, les consommateurs reçoivent des recommandations en matière de nutrition et des lignes directrices sur l'alimentation de sources diverses. Les recommandations en matière de nutrition, les lignes directrices sur l'alimentation ainsi que les énoncés de principe actuels du gouvernement fédéral et des organismes nationaux sont indiqués au tableau 1. On devrait prendre cette liste comme un échantillon représentatif des lignes directrices sur l'alimentation actuellement en vigueur au Canada. Il n'en reste pas moins que des lignes directrices provinciales et locales sont en vigueur dans de nombreuses régions du pays. Par ailleurs, les Canadiens sont également la cible, par l'entremise des médias, de recommandations sur l'alimentation et la nutrition en provenance des États-Unis.

Pour éviter la confusion et le dédoublement des efforts,

A2 le Comité des communications et de la mise en application recommande que tous les secteurs adoptent les recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes et les fassent connaître comme étant les seules recommandations en matière de nutrition qui doivent être communiquées aux personnes en santé âgées de plus de deux ans, et mises en application par celles-ci.

## Estimation de la consommation alimentaire

Le rapport du Groupe de travail sur la consommation alimentaire (dont le résumé figure à l'annexe E) comprend les résultats récents de l'analyse des habitudes de consommation d'aliments. L'analyse du Groupe de travail a été entravée par le manque de données actuelles sur les ingestations alimentaires et l'état nutritionnel des Canadiens. Aucune étude nationale des apports alimentaires n'a été entreprise depuis l'Enquête Nutrition Canada effectuée en 1970-1972 (Santé et Bien-être social Canada, 1973). Les données pouvant être utilisées aux fins d'analyse par le groupe de travail comprenaient les données de Consommation apparente d'aliments par personne, qui sont compilées annuellement par Statistique Canada à partir de bilans des ressources et des emplois, et les données de l'enquête sur les Dépenses alimentaires des familles (Statistique Canada, 1985, 1986, 1989), qui sont compilées tous les deux à quatre ans par Statistique Canada et dont les plus récentes remontent à 1986.

Ces deux sources ne constituent que des estimations brutes de la consommation d'aliments, car les données de consommation apparente sont calculées en fonction de la disparition des aliments[1] et les données sur les dépenses alimentaires font état des achats d'aliments des ménages. Ni l'une ni l'autre de ces deux sources ne fait état de la consommation réelle d'aliments par les consommateurs. Il faut donc tenir compte des limites de l'analyse lors de la considération des écarts entre les habitudes alimentaires désirables et les habitudes alimentaires réelles. Des résultats d'études de marché ont également servi à l'évaluation de la consommation d'aliments des Canadiens.

B17 Le Comité des communications et de la mise en application recommande que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social fournisse aux secteurs participant des ressources financières et collabore avec eux à la création d'une banque nationale de données de référence et de données courantes sur l'état nutritionnel des Canadiens et la consommation alimentaire.

Il faudra procéder à des études supplémentaires dans le but de voir si les objectifs établis dans les Recommandations sur la nutrition ont été atteints. Selon les Recommandations sur la nutrition du Comité scientifique de révision :

- le régime alimentaire des Canadiens devrait leur fournir les quantités d'éléments nutritifs essentiels spécifiées dans la dernière révision des apports nutritionnels recommandés (ANR);
- les Canadiens devraient s'alimenter et faire de l'activité physique de façon à favoriser l'équilibre énergétique nécessaire au maintien d'un poids corporel sain; (l'apport en énergie des adultes ne devrait pas être inférieur à 1 800 kilocalories afin de pouvoir atteindre les apports nutritionnels recommandés);
- le régime alimentaire des Canadiens ne devrait pas leur fournir plus de 30 p. 100 de la quantité totale d'énergie sous forme de lipides et pas plus de 10 p. 100 sous forme de graisses saturées;
- le régime alimentaire des Canadiens devrait leur fournir au moins 55 p. 100 de la quantité totale d'énergie sous forme de glucides;
- la teneur en sodium du régime alimentaire des Canadiens devrait être abaissée;
- le régime alimentaire des Canadiens ne devrait pas leur fournir plus de 5 p. 100 de l'apport total en énergie sous forme d'alcool, ou deux consommations de boisson alcoolisée par jour (le choix devant porter sur la plus faible des deux quantités d'alcool); la consommation d'alcool durant une grossesse est à proscrire;
- le régime alimentaire des Canadiens ne devrait pas leur fournir plus de caféine que l'équivalent de quatre tasses de café par jour;
- l'eau consommée par les Canadiens ne devrait pas contenir moins de 1 mg de fluor par litre.

Les approvisionnements alimentaires dont peuvent se prévaloir les Canadiens sont une source abondante des nutriments nécessaires à une alimentation saine. Idéalement, les Canadiens devraient viser une ration énergétique d'au moins 1 800 kcal par jour pour tous les éléments nutritifs essentiels sans avoir recours à des suppléments. Les données sur les achats d'aliments indiquent que dans l'ensemble, les Canadiens achètent des aliments qui leur fournissent des nutriments aux niveaux suggérés dans les apports nutritionnels recommandés pour le calcium, le fer, la phosphore, le potassium, la vitamine A, la vitamine C, la thiamine, la riboflavine, la niacine et la folacine. Malgré cela,

1 Il est possible d'évaluer la quantité d'aliments de base offerte aux Canadiens en une année donnée ainsi que les fluctuations de ces quantités durant une periode de temps en soustrayant les données sur l'exportation, les stocks de clôture, l'utilisation et la transformation à des fins non alimentaires (emplois) des données sur la production, les importations et les stocks d'ouverture (ressources).

certains Canadiens n'ont pas une alimentation qui leur assure les quantités recommandées des éléments nutritifs essentiels. L'incidence des déficiences alimentaires chez les Canadiens reste encore à évaluer.

Selon les données de l'enquête de 1986 sur les Dépenses alimentaires des familles (Statistique Canada, 1989), l'apport en énergie moyen par personne est supérieur à 1 800 kcal (7,6 MJ) par jour. Les produits de boulangerie et les graisses et les huiles constituent les principales sources d'énergie alimentaire de même que les aliments consommés à l'extérieur de la maison.

Le Comité scientifique de révision n'a pas formulé de recommandation précise quant au degré d'activité physique, mais il a mentionné son importance pour maintenir un poids corporel sain. L'Enquête Campbell sur le mieux-être au Canada (Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 1989), qui a suivi l'Enquête sur la condition physique des Canadiens de 1981 (Enquête sur la condition physique des Canadiens, 1983), a révélé que le nombre de Canadiens qui s'adonnent à l'activité physique a sensiblement augmenté. Soixante-quinze pour cent des Canadiens passent en moyenne trois heures par semaine durant au moins neuf mois de l'année à faire un type quelconque d'activité physique. Les résultats de l'étude ont également révélé qu'au moins un tiers d'entre eux font suffisamment d'exercice pour en tirer un avantage quelconque sur le plan de la santé.

Bien que ces résultats soient encourageants, il n'en reste pas moins que l'excès de poids et l'obésité sont des problèmes de santé importants au Canada. Selon l'index de masse corporelle (IMC), une proportion élevée de la population adulte (20 à 30 p. 100) risque d'avoir des problèmes de santé à cause d'un excès de poids. De 5 à 25 p. 100 des enfants sont aussi considérés « à risque » (Santé et Bien-être social Canada, 1988a).

En moyenne, 15 p. 100 de l'apport total en énergie provient de protéines, proportion correspondant à la limite supérieure des niveaux recommandés. Les deux tiers des protéines qui se trouvent dans les aliments qu'achètent les Canadiens sont d'origine animale. Les produits de boulangerie constituent également une source appréciable de protéines.

Il semblerait que les Canadiens ingèrent, en moyenne, un pourcentage de matières grasses plus élevé que celui recommandé. On estime qu'à l'heure actuelle que les lipides comptent pour 38 p. 100 de l'apport total en énergie, apport qui est nettement supérieur au taux recommandé de 30 p. 100. En revanche, depuis l'enquête sur les Dépenses alimentaires des familles de 1974 (Statistique Canada, 1977) dont les résultats avaient révélé une contribution moyenne de 43,5 p. 100 de lipides à l'apport total en énergie, les consommateurs ont tendance à tirer une proportion moindre de leur apport en énergie des lipides. L'apport lipidique de source végétale augmente au détriment de celui de source animale. Bien que les Canadiens consomment moins de gras saturés, on estime qu'ils comptent actuellement pour 13 p. 100 de l'apport total en énergie, taux qui est supérieur à l'apport recommandé de 10 p. 100. On estime que la teneur moyenne en cholestérol des aliments achetés est de 442 mg par personne, par jour. Il faudra réduire considérablement les niveaux de lipides et de graisses saturées que consomment les Canadiens pour se conformer à la recommandation voulant que pas plus de 30 p. 100 de la quantité totale d'énergie consommée par les Canadiens provienne de lipides et pas plus de 10 p. 100, de graisses saturées.

L'apport moyen en glucides a augmenté depuis 1974 et on estime qu'il compte à l'heure actuelle pour 48 p. 100 de l'apport total en énergie alors que le taux recommandé est de 55 p. 100. En 1986, les produits céréaliers (dont les céréales pour le déjeuner, la farine, le riz, les autres céréales, les mélanges à gâteau et les pâtes) et les produits de boulangerie (dont le pain, les biscuits, les beignes, les gâteaux et les tartes) fournissaient la moitié des glucides contenus dans les aliments achetés par les Canadiens. L'augmentation de la contribution des glucides à l'apport en énergie est également attribuable à une consommation accrue de légumes, de fruits, de boissons gazeuses et d'alcool. Les Recommandations sur la nutrition mettent l'accent sur la nécessité d'augmenter la consommation de glucides complexes et de fibres alimentaires au Canada.

Il est difficile d'obtenir des données sur la consommation de sodium au Canada; néanmoins, les données sur la disparition des aliments indiquent une diminution de la teneur en sodium dans l'approvisionnement alimentaire de base. Il faut noter que les données sur la disparition des aliments ne tiennent pas compte de l'utilisation du sel à table ni dans la préparation industrielle des aliments. Malgré la diminution apparente de la consommation de sodium, elle se situe bien au-delà des besoins. Selon une étude faite à Montréal (Mongeau *et al.*, 1989), les adultes consomment 3,1 g de sodium par jour (1,5 g ou 65 mmol par 1 000 kcal). Les principales sources de sodium sont les produits de boulangerie, les ingrédients d'assaisonnements divers, la viande et les produits laitiers. Environ 5 p. 100 de l'apport de sodium est attribuable au sel ajouté aux aliments à table (Mongeau *et al.*, 1989). Davantage d'efforts devront être déployés dans le but de réduire l'utilisation du sel dans l'industrie de transformation des aliments.

La consommation apparente d'alcool a augmenté depuis 1972, atteint son apogée en 1982, puis a chuté à des niveaux légèrement supérieurs à ceux relevés en 1972. On a pu observer sur le marché une présence croissante du vin et une présence légèrement décroissante de la bière, de l'ale et de l'alcool distillé. Selon des données compilées par Statistique Canada (Adrian *et al.*, 1989), la consommation totale d'alcool au Canada augmente depuis 1983-1984, mais la consommation par personne diminue. En 1986, on estimait la consommation d'alcool à 10,5 litres par personne de plus de 15 ans (soit 11,6 verres par semaines ou deux verres par jour). Un sondage Gallup effectué en 1987 (Adrian *et al.*, 1989) a révélé que 78 p. 100 des Canadiens âgés de 18 ans et plus consomment de l'alcool sous une forme quelconque. Un peu plus de la moitié (54 p. 100) déclarent consommer cinq verres ou plus en une seule occasion alors que 12 p. 100 déclarent qu'ils boivent de l'alcool tous les jours.

On estime que les Canadiens consomment en moyenne 450 mg de caféine par jour (Institut national de la nutrition, 1987). Selon Gilbert (1981), les Canadiens tirent 60 p. 100 de leur apport en caféine du café, 30 p. 100 du thé et 10 p. 100 des boissons à base de cola, des produits contenant du cacao et des médicaments. Le CSR recommande que l'apport en caféine des Canadiens ne dépasse pas l'équivalent de quatre tasses de café régulier par jour, une tasse de café régulier contenant environ 100 mg de caféine (Institut national de la nutrition, 1987). La teneur en caféine du café peut varier selon la méthode de préparation employée.

Les données les plus récentes (1976) sur la fluoration de l'eau au Canada révèlent que seulement 37 p. 100 des Canadiens, et 46 p. 100 de ceux dont les résidences sont approvisionnées en eau par canalisations, boivent de l'eau fluorée (Santé et Bien-être social Canada, 1988b).

En conclusion, il semble que les écarts les plus importants entre les pratiques et les recommandations se situent au niveau de la consommation de lipides et de glucides complexes. Les nouvelles recommandations formulées par le Comité scientifique de révision exigent une diminution appréciable de l'apport en lipides et en graisses saturées et une augmentation de la consommation de glucides complexes. Par ailleurs, certaines collectivités devront élaborer des programmes de fluoration de l'eau.

**Tableau 1**

# Sommaire des Recommandations en matière de nutrition à l'intention des Canadiens

| Organisation/Rapport et activité | Objet des recommandations | Énergie | Glucides | Apport total en lipides/certains lipides | Autres |
|---|---|---|---|---|---|
| **Santé et Bien-être social Canada** :<br>• *Recommandations alimentaires pour les Canadiens*, 1977.[a] | • préserver et améliorer la santé des Canadiens | • réduire l'apport en énergie ou augmenter la dépense physique, ou les deux, selon les besoins des particuliers pour prévenir l'obésité | | • réduire à 35 p. 100 l'apport en énergie<br>• ajouter une source d'acide gras polyinsaturé (linoléique) | • alimentation saine conformément au *Guide alimentaire canadien* |
| **Fondation canadienne des maladies du coeur**<br>• Programmes de sensibilisation du public mis à l'essai dans divers endroits au Canada depuis 1989.<br>• *Bonne table, bon coeur*, 1989[b] | • prévenir les maladies cardiovasculaires | • maintenir un poids corporel sain | • consommer davantage d'aliments riches en glucides complexes comme source de nutriments et de fibres alimentaires | • limiter à 30 p. 100 de l'apport total en énergie<br>• limiter les graisses saturées à 10 p. 100 de l'apport total en énergie<br>• réduire la consommation des aliments à haute teneur en cholestérol | • limite de consommation d'alcool à un verre par jour<br>• réduction de la consommation excessive de sodium<br>• consommation d'aliments variés<br>• 15 p. 100 de l'apport total en énergie sous forme de protéines |
| **Congrès du consensus canadien sur le cholestérol** :<br>• Rapport final, 1988[c] | • réduire le risque de maladies du coeur et cardiovasculaires en modifiant les risques posés par le cholestérol et les lipoprotéines à la population en santé | | | • limiter à 30 p. 100 de l'apport en énergie<br>• limiter les graisses saturées à 10 p. 100 de l'apport en énergie | |

| Organisation/Rapport et activité | Objet des recommandations | Énergie | Glucides | Apport total en lipides/certains lipides | Autres |
|---|---|---|---|---|---|
| **Société de l'ostéoporose du Canada** :<br>• *The Importance of Calcium in Osteoporosis Prevention: Official Position*, 1988[d] | • prévenir l'ostéoporose | | | | • à l'appui des apports recommandés en calcium (Santé et Bien-être social Canada) |
| **Société canadienne du cancer** :<br>• Campagne de sensibilisation du public et des médias, 1985 jusqu'à présent<br>• *Bonne table, bon sens*, 1986[e]<br>• Recommandations mises à jour diffusées en 1987<br>• Compte rendu de la première Conférence nationale sur le cancer et l'alimentation, 1989[f] | • susceptible de réduire le risque de certains cancers en modifiant le régime | | • limiter à 30 p. 100 de l'apport total en énergie | | • boire seulement deux verres ou moins d'alcool par jour<br>• consommer davantage d'aliments riches en fibres alimentaires ainsi que plusieurs portions de fruits et de légumes par jour |

| Organisation/Rapport et activité | Objet des recommandations | Énergie | Glucides | Apport total en lipides/certains lipides | Autres |
|---|---|---|---|---|---|
| **Comité consultatif expert sur les fibres alimentaires, Santé et Bien-être social Canada :**<br>• Rapport, 1985[g] | • préconiser une consommation suffisante de fibres alimentaires | | • augmenter la consommation d'aliments riches en fibres alimentaires de sorte qu'ils soient la source de 50 p. 100 de l'apport en énergie provenant de glucides | | • choisir des aliments à haute teneur en fibres alimentaires dans le but de doubler l'apport quotidien en fibres alimentaires (25 à 30 g par jour) |
| **Association dentaire canadienne :**<br>• *Policy Statement on Controlled Water Fluoridation*, 1981[h] | • prévenir les caries dentaires | | | | • ajouter du fluor à l'eau en canalisation afin d'atteindre le niveau idéal de fluor pour prévenir les caries dentaires |
| **Canadian Consensus Conference on Non-Pharmacological Approaches to the Management of High Blood Pressure :**<br>• Recommandations, 1989[i] | • prévenir l'hypertension artérielle | • objectif : indice de masse corporelle de 20 à 27 | | | • réduire la consommation de sel et avoir une alimentation riche en potassium<br>• ne consommer que deux verres d'alcool de taille normale par jour |
| **Association canadienne des diététistes :**<br>• *L'alimentation et le cancer : énoncé de position*, 1987[j] | • réduire le risque de certains cancers en modifiant le régime | • éviter un apport trop élevé en énergie | | • limiter à 30 p. 100 de l'apport en énergie | • consommer de grandes quantités d'aliments à grain entier, de légumes secs, de légumes et de fruits |

| Organisation/Rapport et activité | Objet des recommandations | Énergie | Glucides | Apport total en lipides/certains lipides | Autres |
|---|---|---|---|---|---|
| **Association canadienne des diététistes** :<br>• *Toward Healthy Blood Cholesterol Levels: Official Position*, 1988[k] | • atteindre un taux de cholestérol sanguin sain et réduire le risque de maladies cardiovascu-laires | • atteindre et conserver une proportion saine de graisse corporelle | • continuer de mettre l'accent sur un apport d'au moins 50 p. 100 en énergie provenant de glucides avec insistance sur les glucides complexes par la consommation de grosses portions de fruits, de légumes et d'aliments à grain entier | • limiter à 30 p. 100 de l'apport total en énergie<br>• limiter les graisses saturées à 10 p. 100 de l'apport en énergie; pas de changement recommandé pour les AGPI comme source de 10 p. 100 de l'énergie<br>• avec l'apport recommandé de lipides, on suppose que l'apport en cholestérol est d'environ 400 mg par jour, ce qui est considéré comme acceptable | |
| **Association canadienne des diététistes** :<br>• *The Role of Diet in the Prevention of Hypertension: Official Position*, 1989[l] | • faciliter la réduction des risques d'hypertension artérielle relevant de l'alimentation | • atteindre et conserver une proportion saine de graisse corporelle | | | • user de sodium avec modération<br>• consommer de l'alcool avec modération, s'il faut vraiment en consommer (30 mL par jour) |

## Sources :


a T. K. Murray et J.R. Rae, « Recommandations en matière de nutrition pour les Canadiens », *Journal de l'Association médicale canadienne*, n° 120, 1979, pp. 1241-1242.

b A. Lindsay, *Bonne table, bon coeur*, Montréal, Les Éditions de l'Homme, 1989.

c « Rapport final du Congrès du consensus canadien sur le cholestérol », *Journal de l'Association médicale canadienne*, n° 139, décembre 1988 (supp.).

d T. M. Murray, «The Importance of Calcium in Osteoporosis Prevention: Official Position of the Osteoporosis Society of Canada», *Bulletin for Physicians*: 1 (1988).

e A. Lindsay, *Bonne table, bon sens*, Montréal, Les Éditions de la Presse, 1986.

f Société canadienne du cancer, *Compte rendu de la première Conférence nationale sur le cancer et l'alimentation*, tenue les 7 et 8 mai 1987 à Montréal (Canada), Toronto, S.C.C., 1989.

g Santé et Bien-être social Canada, *Rapport du Comité consultatif expert sur les fibres alimentaires*, Ottawa, Direction générale de la protection de la santé, 1985.

h «Canadian Dental Association Policy Statement on Controlled Water Fluoridation», *Journal de l'Association dentaire canadienne*, février 1981.

i *Canadian Consensus Conference on Non-Pharmacological Approaches to the Management of High Blood Pressure Recommandations* (Ottawa: Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control, 1989).

j *L'alimentation et le cancer : énoncé de position* officiel de l'Association canadienne des diététistes, *Journal de l'Association canadienne des diététistes*, n° 48, été 1987, p. 144.

k «*Toward Healthy Blood Cholesterol Levels*», énoncé de position officiel de l'Association canadienne des diététistes, *Journal de l'Association canadienne des diététistes*, n° 49, automne 1988, pp. 216-228.

l «*The Role of Diet in the Prevention of Hypertension*», énoncé de position officiel de l'Association canadienne des diététistes, *Journal de l'Association canadienne des diététistes*, n° 50, hiver 1989, p. 12.

## Communication et mise en application

### Sensibilisation des consommateurs aux questions de nutrition

Les Recommandations sur la nutrition paraissent à un moment où la nutrition, l'alimentation et la santé préoccupent particulièrement les consommateurs canadiens. Dans le cadre d'un sondage effectué en 1989 (Fabricants canadiens de produits alimentaires, 1989), on a évalué dans quelle mesures les lignes directrices sur la nutrition intéressent les acheteurs de produits alimentaires en leur demandant de choisir à partir d'une liste des titres d'articles de journaux qu'ils liraient. Plus d'un tiers des acheteurs ont déclaré qu'ils liraient définitivement un article intitulé «*New Guidelines for Healthy Eating*». Les femmes se déclaraient intéressées par les lignes directrices sur la nutrition plus souvent que les hommes, ainsi que les Canadiens plus âgés par rapport aux plus jeunes.

Pour les nombreux Canadiens qui sont déjà conscients de l'importance de l'alimentation au niveau de la santé, les recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes constitueront une source fiable d'information pour modifier leur alimentation. Quant aux Canadiens qui sont moins bien informés, il faudra prendre des mesures énergiques pour les sensibiliser et préconiser les changements des habitudes alimentaires conseillés dans les recommandations.

À l'occasion de sondages sur la nutrition effectués par le passé, les changements d'habitudes alimentaires déclarés par de nombreux consommateurs sont généralement conformes aux suggestions faites dans les Recommandations alimentaires de 1977 (FCPA, 1979, 1988; Santé et Bien-être social Canada, 1979; Rae et Nielsen, 1980; Woolcott, 1982, 1989; Woolcott, Schwartz et Lowry, 1988). L'Enquête Campbell sur le mieux-être au Canada (Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 1989) a révélé que l'alimentation des Canadiens était plus saine en 1988 qu'en 1981, compte tenu de leurs dires sur la sélection d'aliments. Par exemple, ils consommaient davantage de poisson et de volaille, de fruits et légumes et moins de viande rouge, de gras, de fritures et de sel. Les femmes déclaraient plus fréquemment ces changements que les hommes. Presque la moitié des personnes interrogées (47 p. 100) ont convenu de l'importance d'une alimentation saine pour la santé et 56 p. 100 ont déclaré faire attention à ce qu'ils mangeaient pour des raisons de santé. Plus les personnes interrogées étaient âgées, plus elles étaient susceptibles de répondre par l'affirmative. Dans le cadre de l'Enquête Promotion Santé Canada (Santé et Bien-être social Canada, 1988c, 1989a), on a demandé aux personnes interrogées s'il y avait des aliments dont il faudrait éviter ou réduire la consommation par souci de santé. Soixante-quatre pour cent ont répondu oui. Les femmes étaient plus enclines à répondre par l'affirmative, comme l'étaient les personnes d'un certain âge et celles ayant fait des études supérieures. Les aliments à haute teneur en cholestérol, en gras, en sucre et en sel ont été donnés comme exemples d'aliments dont il faillait éviter ou réduire la consommation. Seulement 63 p. 100 des Canadiens interrogés convenaient de la nécessité d'accroître la consommation de certains aliments pour des raisons de santé. Les fruits et les légumes ont été placés dans cette catégorie par 49 p. 100 des personnes interrogées. L'Enquête Promotion Santé Canada a mis en relief des différences régionales, démographiques et culturelles dans les réponses données et en tire la conclusion que les programmes de promotion de la santé doivent être adaptés aux besoins locaux (Santé et Bien-être social Canada, 1989a).

Dans le cas de la recherche auprès de groupes de discussion (Creative Research Group, 1989) (voir résultats saillants, annexe F), effectuée afin d'aider le Comité des communications et de la mise en application, tous les participants des huit groupes représentant des adultes à revenu moindre de plusieurs régions du pays ont déclaré consommer des aliments des quatre groupes d'aliments de base chaque jour. Il semblait que les mères s'inquiétaient plus de l'alimentation de leurs enfants que de la leur. Par ailleurs, les gens avaient tendance à signaler qu'ils avaient modifié leur régime alimentaire et consommaient moins de matières grasses et de sucre et davantage de fruits et de légumes.

Les résultats de l'analyse des habitudes de consommation estimées et du degré de sensibilisation des consommateurs aux questions de nutrition laissent entrevoir un contexte favorable à la communication et à la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes. Il semble que bon nombre de Canadiens sont conscients de l'existence du rapport entre l'alimentation et la santé et certains d'entre eux ont même commencé à apporter les modifications voulues à leurs habitudes alimentaires. Ainsi, on peut donc supposer que les habitudes alimentaires de certains Canadiens sont déjà conformes aux recommandations. Il est plus important de les encourager dans cette direction que de les exhorter à faire d'autres modifications qui peuvent éventuellement être inutiles. En revanche, beaucoup de Canadiens ne savent rien de l'impact de la nutrition sur la santé et ne désirent modifier leurs habitudes alimentaires. Ces Canadiens devraient constituer le groupe visé par les programmes élaborés dans le but d'aider les Canadiens à modifier leur alimentation. Plusieurs autres Canadiens ne savent tout simplement pas quels changements ils doivent faire pour réduire leur risque de maladie. Par exemple, les résultats du Nova Scotia Health Heart Survey (1987) ont indiqué que malgré le fait que pratiquement toutes les personnes interrogées savaient que le taux sanguin de cholestérol a une incidence sur la santé, moins de la moitié savaient qu'une consommation moindre d'aliments gras peut abaisser le taux de cholestérol sanguin.

Dans l'ensemble, les Canadiens semblent prêts à écouter les messages sur la nutrition et la santé. Néanmoins, les résultats de la recherche auprès de groupes de discussion (annexe F) indiquent qu'il ne faut pas négliger de tenir compte de la volonté du consommateur à changer ses habitudes alimentaires. La plupart des personnes interrogées étaient satisfaites de la qualité de leur alimentation, quelle qu'elle fut. Les personnes qui semblaient plus prêtes à modifier leurs habitudes étaient également les mieux renseignées sur les questions de nutrition. Quoi qu'il en soit, même pour les personnes bien informées, le message doit être compréhensible, concret et simple. Par exemple, aucun des participants aux groupes de discussion ne comprenait ni ne savait comment appliquer l'énoncé suivant : « réduire l'apport en lipides à 30 p. 100 de l'apport total en énergie ». Les personnes qui semblent moins bien renseignées sur le rapport entre l'alimentation et la santé ont tendance à être plus sur la défensive quand on questionne leur aptitude à nourrir sainement leur famille. À la lumière des résultats précités, on peut conclure que la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes devrait tirer parti au maximum de l'intérêt manifesté par les consommateurs tout en tenant compte du fait qu'il existe plusieurs groupes cibles distincts et que chez certains d'entre eux les connaissances et le comportement en matière de nutrition entrent en conflit avec les recommandations. C'est pourquoi la mise en application des Recommandations dépendra de la participation locale.

Dans le but d'encourager la diffusion des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes et leur adoption,

**Le CCMA recommande au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ainsi qu'aux secteurs concernés :**

A3 d'intégrer les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes dans les programmes de nutrition et le matériel connexe;

A4 de créer et maintenir des programmes de nutrition sélectifs et d'élaborer le matériel nécessaire pour répondre aux besoins de la population, en tenant compte de ses caractéristiques socio-démographiques et culturelles.

**Le CCMA recommande que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social appuie l'élaboration de programmes d'éducation en matière de nutrition et de matériel didactique aux fins d'utilisation dans les programmes scolaires.**

**Le CCMA recommande que les gouvernements provinciaux, territoriaux et municipaux :**

C5 intègrent les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes dans des programmes, des politiques, des lois et règlements, des campagnes médiatiques, etc., en tenant compte des besoins de la population locale;

C7 élaborent des plans, des programmes et des politiques de mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes, en tenant compte des besoins de la population aux points de vue socio-démographique et culturel.

### Faits démographiques

L'évolution démographique au Canada a des conséquences sur la communication et la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes. Davey (1987) a mis en évidence plusieurs tendances démographiques de la prochaine décennie qui peuvent éventuellement avoir beaucoup d'importance. Notamment, les Canadiens seront plus âgés, mieux instruits et d'origines ethniques plus variées. On comptera davantage de ménages, mais la taille des familles sera plus restreinte; il y aura également davantage de familles monoparentales.

Les programmes de communication et de mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes devraient viser des groupes de population précis en tenant compte de leurs besoins propres. Par exemple, l'importance accrue que l'on accorde aux loisirs et l'augmentation du nombre de familles où les deux conjoints travaillent a provoqué une augmentation des ventes d'aliments prêts à manger. Ainsi, on devrait déployer des efforts visant à apprendre aux consommateurs comment sélectionner des aliments prêts à manger qui sont conformes aux Recommandations; on devrait par ailleurs encourager l'industrie alimentaire à faire de la nutrition une de ses principales préoccupations lors de la mise au point et de la préparation de denrées.

Par ailleurs, d'autres changements aux niveaux de la société et du mode de vie sont susceptibles d'avoir un impact sur les habitudes alimentaires (Davey, 1987), et donc sur la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes. Entres autres problèmes de santé, on peut citer la plus grande diffusion de l'information, dont de l'information sur les aliments et la nutrition et des conseils en matière d'alimentation, l'accent mis sur la santé et la condition physique, la modification des attitudes à l'égard de l'alcool et du tabac et un intérêt accru pour les questions environnementales. Ces projections semblent indiquer que les consommateurs seront prêts à accepter les Recommandations et qu'il sera possible de modifier les habitudes alimentaires des Canadiens pour le mieux. *Ces faits confirment la nécessité de programmes sélectifs visant des sous-groupes de population déterminés selon le contexte social et le mode de vie.*

### Inégalités de santé et de nutrition

Selon l'Enquête Santé Canada (Santé et Bien-être social Canada, 1981), les Canadiens à faible revenu sont plus susceptibles de souffrir de problèmes de nutrition et autres, dont les maladies chroniques. L'Enquête Nutrition Canada a également montré que les Canadiens à revenu bas courent davantage le risque de souffrir de problèmes nutritionnels que les Canadiens à revenu moyen ou élevé (Myres et Kroestch, 1978). Les données de l'enquête sur les Dépenses alimentaires des familles de 1982, 1984 et 1986 (Statistique Canada, 1985; 1986; 1989) montrent que bien que les familles économiquement défavorisées dépensent moins par membre sur la nourriture, le pourcentage de leur revenu disponible consacré à cet effet est plus important que chez les groupes plus favorisés. Malgré ce que croient de nombreuses personnes, les familles pauvres achètent des aliments qui constituent une alimentation plus dense en nutriments que les familles mieux nanties. (Statistique Canada, 1985, 1988, 1989). La sécurité alimentaire, la faim et la pauvreté sont des questions d'importance capitale (Maxwell et Simkins, 1985; Campbell *et al.*, 1988; Welsh, 1989), surtout pour les familles monoparentales dont le chef est une femme. Le revenu de pratiquement la moitié (48 p. 100) de ces familles était inférieur au seuil de pauvreté en

1985 (Johnson *et al.*, 1989). Les banques d'alimentation sont une autre manifestation de la famine présente au coeur de l'opulence. Riches (1989) estime qu'il y avait plus de 300 banques d'alimentation au Canada en 1989, alors qu'il n'y en avait pas dans les années 1970.

Il faut absolument résoudre les problèmes qu'occasionne un faible revenu, même si cela semble souvent illusoire. Le coût élevé des logements dans de nombreuses régions du Canada ainsi que la disponibilité limitée et le prix élevé de certains aliments dans les coins reculés du pays menacent la sécurité alimentaire de certains segments de la population. On a encouragé les professionnels de la nutrition à plaider la cause des Canadiens dont la sécurité alimentaire est précaire (Campbell *et al.*, 1988); ce type d'intervention s'est avéré efficace dans une des provinces canadiennes.

En 1988, le Nova Scotia Nutrition Council a terminé une étude sur l'utilité des prestations d'aide sociale pour couvrir le coût d'un régime nutritif (Nova Scotia Nutrition Council, 1988). Cette recherche a révélé que les prestations étaient loin de suffire à l'achat des aliments nécessaires à une saine alimentation en 1988. À la suite de cette étude, le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a augmenté le montant des prestations alimentaires qui sont versées aux bénéficiaires de l'aide sociale. Aucune autre juridiction ne semble avoir publié une analyse semblable. En 1989, Agriculture Canada (Robbins et Robichon-Hunt, 1989) a révisé son Panier de provisions nutritif et a ajouté une catégorie, celle du Panier de provisions nutritif et économique, à son évaluation courante du prix des aliments dans 18 villes du Canada. Les denrées choisies pour le Panier de provisions nutritif et économique l'ont été en fonction des habitudes de consommation alimentaire des Canadiens à faible revenu et de leur conformité aux Apports nutritionnels recommandés pour les Canadiens de 1983 (Santé et Bien-être social Canada, 1983). Cette enquête périodique aidera les personnes qui formulent les politiques de santé et d'aide sociale à déterminer des normes locales pour évaluer la justesse des prestations alimentaires versées dans le cadre des programmes d'aide sociale.

C15 Le CCMA recommande aux gouvernements provinciaux, territoriaux et municipaux d'examiner les prestations d'assistance sociale et de les ajuster au besoin pour que les bénéficiaires puissent observer les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

Santé et Bien-être social Canada a procédé à une enquête auprès des services de santé publique et d'organismes communautaires afin de procéder à l'inventaire des programmes de nutrition à l'intention des segments défavorisés de la population (Maxwell et Simkins, 1985). Les personnes interrogées ont déclaré que l'éducation en nutrition à l'intention des groupes défavorisés et les programmes de suppléments alimentaires et de distribution d'aliments étaient des questions très importantes pour certains groupes vulnérables comme les femmes enceintes, les personnes âgées et les enfants d'âge scolaire. Cette recherche a révélé que bien qu'il existe des programmes d'éducation en nutrition à l'intention de certains segments de la population qui ont des besoins particuliers (comme les femmes enceintes, les personnes âgées et les familles à faible revenu), les programmes à l'intention des immigrants nouvellement arrivés, des personnes handicapées, des parents seuls ou des jeunes chômeurs sont rares. *Il existe un besoin de programmes spéciaux qui tiennent compte des différences de culture et de style de vie, du manque de ressources et d'aptitudes et des contraintes socio-économiques des groupes vulnérables précités.*

### Alphabétisation

Bien que les Canadiens soient un des peuples les plus instruits de la terre, il y a quand même un nombre considérable d'analphabètes au pays. Le Southam Literacy Report (Calamai, 1987) estime que 24 p. 100 des adultes de plus de 18 ans sont des analphabètes fonctionnels; c'est-à-dire qu'ils sont incapables de se servir de documents imprimés ou manuscrits pour vivre en société. L'étude a également révélé :

- que l'analphabétisme est plus rare dans l'ouest que dans l'est du pays (17 p. 100 des adultes de la Colombie-Britannique sont analphabètes alors que c'est le cas de 44 p. 100 de ceux de Terre-Neuve);
- l'analphabétisme se retrouve davantage chez les francophones que chez les anglophones;
- pratiquement la moitié des personnes dites analphabètes fonctionnelles sont âgées de 55 ans et plus;
- la moitié des personnes considérées comme analphabètes disent avoir fréquenté l'école secondaire, et une sur 12 déclare être diplômé d'une université;
- les enfants de chômeurs, la classe ouvrière et les gens moins instruits sont plus susceptibles d'être analphabète;
- il y a plus d'analphabétisme chez les hommes que chez les femmes.

Les analphabètes représentent un défi particulier quand il s'agit de communiquer de façon efficace l'information sur la nutrition. Vraisemblablement, les analphabètes ne lisent pas ou ne comprennent pas l'information sur la nutrition qui figurent sur les étiquettes des aliments, dans les dépliants et les opuscules imprimés et dans le *Guide alimentaire canadien. Il faudra élaborer des programmes et du matériel spécial en vue de communiquer de l'information en nutrition aux personnes et aux groupes dont les aptitudes à lire sont limitées.*

### Approvisionnements alimentaires

Les Canadiens ont la chance de disposer d'approvisionnements alimentaires sûrs et adéquats du point de vue nutrionnel qui sont à la portée des moyens de la plupart des citoyens. Néanmoins, lorsqu'il s'agit d'offrir aux Canadiens d'autres choix d'aliments qui leur permettront de choisir un régime alimentaire sain conforme aux Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes, un certain nombre de défis se posent. L'importante diminution requise de la consommation de lipides et de graisses saturées exige des efforts considérables non seulement des consommateurs, mais également de la part de l'industrie de l'alimentation et de la restauration. Par ailleurs, les pratiques de transformation des aliments et de croisement des animaux et des plantes jouent un rôle important au niveau de la mise en application de lignes directrices sur l'alimentation. Parmi les efforts nécessaires, on note :

- l'aide du gouvernement, par des lois et des règlements qui encouragent la mise au point d'aliments à teneur réduite en matières grasses ou dont l'on a substitué les acides gras saturés par des insaturés;
- la possibilité, si c'est faisable, de remplacer davantage de lipides par des lipides insaturés dans les viandes apprêtées formulées et les produits laitiers;
- la limitation de l'utilisation d'acides gras dans les produits alimentaires.

La recommandation portant sur la réduction de la consommation de sodium exige également une intervention de l'industrie alimentaire qui se sert d'ingrédients contenants du sodium pour faire ressortir le goût des aliments, pour les préserver, pour les assaisonner, pour les saumurer et pour préparer et traiter des agents et des conditionneurs de pâte. Bien que l'industrie ait déjà pris certaines mesures visant à réduire l'utilisation du sodium dans la préparation des aliments, il reste du travail à faire à cet égard.

L'industrie alimentaire doit également relever le défi qui consiste à déployer davantage d'efforts dans le but de produire des aliments dont la teneur en micronutriments est proportionnée à leur valeur énergétique (en kcal ou kJ). Étant donné que les Canadiens, à cause de leur désir de maintenir un poids-santé, continueront de s'inquiéter de la valeur énergétique de leur alimentation, les aliments à faible valeur nutritive seront laissés de côté. Des efforts particuliers à cet égard devront être déployés en ce qui concerne certaines catégories d'aliments comme les aliments à grignoter, les produits de boulangerie et les produits laitiers.

Pour que la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes réussisse, les ministères de l'agriculture et l'industrie alimentaire devront faire de la nutrition une de leurs principales considérations lors de la mise au point et de la préparation de nouveaux aliments. Les approvisionnements alimentaires au Canada

devront être modifiés de façon à offrir aux consommateurs davantage d'aliments qui soient compatibles avec les Recommandations.

Il semble que la recommandation sur la fluoration de l'eau constitue un défi pour de nombreuses municipalités. Selon Santé et Bien-être social Canada, les plus récentes données (1976) sur la fluoration de l'eau révèlent que seulement 37 p. 100 des Canadiens, et 46 p. 100 de ceux approvisionnés par un système d'aqueducs, boivent de l'eau fluorée.

Dans le but de permettre les modifications nécessaires aux approvisionnements alimentaires visant la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes,

**le CCMA recommande au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social :**

B10 de réclamer les amendements appropriés à la *Loi sur les normes des produits agricoles du Canada* afin de permettre la mise au point de produits de viande et de produits laitiers à faible teneur en matière grasses;

B11 de préconiser la modification des lois et règlements relatifs aux produits laitiers, pour que des produits dont la teneur en matière grasses a été modifiée ou réduite puissent être mis en vente dans toutes les provinces;

B12 de faire valoir auprès d'Agriculture Canada et des ministères provinciaux de l'Agriculture l'importance de la nutrition comme facteur déterminant dans le développement de produits agro-alimentaires;

B13 de convaincre l'industrie alimentaire de l'importance de la nutrition en tant que facteur déterminant dans la mise au point de produits alimentaires.

**Le CCMA recommande aux gouvernements provinciaux, territoriaux et municipaux :**

C14 d'exiger que l'eau distribuée par les municipalités contiennent au moins 1 mg de fluor par litre;

C16 d'apporter des amendements aux lois et règlements ayant trait aux produits laitiers, lorsque ceux-ci imposent des restrictions, afin de permettre la mise en marché de produits alimentaires dont la teneur en matières grasses a été modifiée ou réduite;

C17 de faire en sorte que la nutrition soit un facteur déterminant dans le développement de produits agro-alimentaires;

C18 de promouvoir la vente des produits alimentaires des provinces en faisant valoir leur valeur nutrionnelle.

**Le CCMA recommande à l'industrie alimentaire :**

F1 d'élaborer et d'appliquer des politiques internes en matière de nutrition afin d'encourager la production et la promotion de produits alimentaires et de menus qui tiennent compte des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes;

F2 de mettre au point des produits à faible teneur en matières grasses et en calories, et riches en éléments nutritifs. Cette recommandation concerne particulièrement l'industrie des produits laitiers et de boulangerie ainsi que la catégorie des aliments à grignoter;

F3 de réduire l'utilisation du sel et des ingrédients contenant du sodium dans le traitement des aliments;

F4 de chercher à ce qu'il y ait moins d'acides gras dans les produits alimentaires;

F13 d'effectuer des recherches pour contribuer à la mise au point de produits contenant peu de matières grasses, de graisses saturées et de cholestérol, et riches en glucides complexes et en fibres.

**Le CCMA recommande au secteur des services alimentaires :**

G2 d'offrir aux consommateurs, dans les restaurants, les cafétérias et les distributrices, un choix d'aliments à faible teneur en matières grasses, en graisses saturées et en cholestérol, et riches en glucides complexes et en fibres;

G3 dans la préparation des aliments, d'utiliser autant que possible des méthodes de cuisson ayant peu ou pas recours aux matières grasses;

G4 de limiter l'utilisation du sel dans la préparation des aliments;

G5 de mettre au menu surtout des aliments riches en glucides complexes et contenant peu de matières grasses.

### Libre-échange

L'Institut national de la nutrition a organisé un forum portant sur l'impact de l'Accord de libre-échange conclu entre le Canada et les États-Unis sur la nutrition au Canada où l'on identifia l'harmonisation des politiques des deux pays comme principale problématique (Schwartz, 1989). Le besoin et la vraisemblance de l'harmonisation des normes, des réglementations et des politiques dans des domaines comme l'étiquetage des aliments, la fortification et l'enrichissement des aliments, les allégations nutritionnelles et les programmes d'éducation alimentaire ont fait l'objet de discussions à cette occasion.

Les deux tiers des personnes interrogées dans le cadre d'un sondage sur l'attitude des consommateurs effectué en 1989 par les FCPA ont déclaré qu'elles s'attendaient à ce que, grâce à l'Accord de libre-échange, davantage de marques et un plus large éventail de produits soient offerts dans les supermarchés. Par ailleurs, la moitié des consommateurs étaient également d'avis que le libre-échange provoquerait la disparition de certains produits canadiens et les trois quarts étaient convaincus qu'un plus grand nombre de produits américains seraient offerts.

Si l'harmonisation se réalise, elle aura un impact sur les messages nutritionnels, les méthodes de diffusion et les stratégies de mise en oeuvre. Vu les pressions à venir en provenance des États-Unis, il y a un besoin urgent d'élaborer une politique canadienne en matière de nutrition claire et diffusée de façon coordonnée. Pour parer à ce besoin, un Comité interministériel sur la réglementation en matière d'alimentation a été mis sur pied (Liston, 1989). Le sous-ministre adjoint de la Santé nationale et du Bien-être social en est le président et les sous-ministres d'Agriculture Canada, de Consommation et Corporations Canada et de Pêches et Océans Canada en sont membres. Le Comité pour mandat de voir à la coordination globale de la politique qui gouverne les activités d'harmonisation dans le secteur alimentaire. L'Accord de libre-échange est susceptible d'influer sur la disponibilité des aliments et les politiques publiques, et donc sur la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

## Infrastructure en place

Il existe actuellement des programmes, des organismes et des réseaux qui peuvent servir à la communication et mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes. Quelques exemples d'intervenants et d'organismes clés figurent ci-après.

### Spécialistes de la nutrition dans les services de santé publique et communautaire

Des nutritionnistes oeuvrent dans le cadre de programmes de promotion de la santé et de santé publique dans tout le pays, aux niveaux fédéral, provincial, territorial et municipal. Les nutritionnistes du domaine de la santé publique repèrent les groupes de la population qui risquent de souffrir de problèmes de santé liés à la nutrition, classent en ordre de priorité les besoins de la collectivité en matière de nutrition et planifient, coordonnent, mettent en oeuvre et contrôlent des programmes d'intervention axés sur la population (Sous-comité fédéral-provincial de nutrition, 1981; Kaufman, 1982, 1986). Ces professionnels spécialisés sont des acteurs clés au sein des collectivités locales pour le déploiement et la coordination des efforts de promotion de la nutrition dans la collectivité (Davis, 1989).

Selon les résultats d'un récent recensement national, 218 nutritionnistes de santé publique occupaient des postes au sein des gouvernements provinciaux, territoriaux et municipaux au mois de novembre 1988 (Gatchell, 1989); on en comptait 237 en 1981 (Sous-comité fédéral-provincial de nutrition, 1981). D'après cette enquête effectuée en 1988 (Gatchell, 1989), 43 p. 100 des nutritionnistes dans le domaine de la santé publique occupent l'unique poste de nutritionniste au sein de leur organisme. Plus de 80 p. 100 de ces nutritionnistes desservent plus de 50 000 personnes (24 p. 100 s'occupent de 50 000 à 99 999 personnes, 43 p. 100, de 100 000 à 249 999 personnes et 15 p. 100, de 250 000 à 499 999 personnes). L'Association of State and Territorial Health Officials Foundation (Kaufman, 1982) a suggéré que, pour obtenir une planification effective et des services efficaces, les programmes de santé publique devraient tenter de mettre en place un nutritionniste de santé publique expérimenté ayant une maîtrise pour chaque 50 000 personnes. Cette recommandation porte sur le personnel qui gère des programmes de nutrition en santé publique, mais exclue le personnel qui participe à la prestation de services directs. Au Canada, on estime que la proportion actuelle est d'un nutritionniste pour 100 000 personnes (tous les nutritionnistes de santé publique, y compris ceux qui participe à des programmes de services directs); les services offerts varient énormément d'une région à l'autre. Si l'on appliquait la proportion recommandée à la population canadienne actuelle, soit 25 354 064 habitants (Statistique Canada, 1987), il faudrait 507 nutritionnistes de santé publique au Canada. Dans le but de fournir la direction et la coordination nécessaires à la communication et à la mise en application efficaces des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes, on doit disposer de ressources professionnelles adéquates dans le domaine de la nutrition aux niveaux provincial et municipal (Davis, 1989).

C6 Le Comité des communications et de la mise en application recommande que les gouvernements provinciaux, territoriaux et municipaux passent en revue la dotation en personnel dans les service de santé communautaire de façon à prévoir un ou une nutritionniste pour 50 000 habitants.

Il faut déployer davantage d'efforts pour intégrer la nutrition aux services de santé communautaire. *Des mesures comme l'adoption en Ontario d'une loi obligeant l'intégration de la nutrition aux programmes de santé publique, sont fortement conseillées.*

### Groupe fédéral-provincial-territorial sur la nutrition

Bien que peu nombreux, les nutritionnistes de santé publique et communautaire jouent un rôle directeur et sont d'importantes ressources au niveau de l'élaboration et de la mise en oeuvre de programmes de nutrition au Canada. Le Groupe fédéral-provincial-territorial sur la nutrition compte des nutritionnistes de santé publique de grade supérieur de chaque ministère provincial et territorial de la santé, des représentants des directions de la promotion de la santé, des services médicaux et de la protection de la santé de Santé et Bien-être social Canada. Le groupe a été mis sur pied en 1988 pour remplacer le Sous-comité sur la nutrition à titre de réseau de partage d'information sur les questions de nutrition, les programmes et les priorités. Au besoin, le Groupe peut conseiller le Comité consultatif fédéral-provincial sur la santé publique

sur des questions clés concernant la santé nutritionnelle des Canadiens ainsi que sur des programmes exigeant une collaboration entre les paliers fédéral, provincial et territorial. Il continuera de jouer un rôle important à titre de coordonnateur des efforts déployés par les nutritionnistes de santé publique pour l'élaboration de programmes de communication et de mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

### Nutritionnistes au sein d'autres programmes

Les diététistes, qui comptent pour la majorité des professionnels de la nutrition au Canada, occupent des postes au sein des gouvernements, des établissements de santé et d'enseignement, des organismes de santé communautaire, des industries alimentaire et pharmaceutique et des associations agricoles. L'Association canadienne des diététistes (1989) estime que 350 de ses 4 500 membres travaillent dans le domaine de la santé publique et d'autres secteurs d'intérêt communautaire, dont l'industrie alimentaire, les centres de santé communautaire, les médias et les organisations oeuvrant dans le domaine de la santé et de l'agriculture. La majorité des autres diététistes occupent des postes cliniques dans des hôpitaux ou des postes administratifs dans des services alimentaires. Les diététistes exercent leurs fonctions comme éducateurs, conseillers, porte-paroles, chercheurs et cadres.

Entre autres tâches, les diététistes sont responsables de l'élaboration de politiques en matière de nutrition et d'alimentation, de la planification, l'élaboration et la diffusion des programmes de nutrition et du développement des ressources. Ces politiques, programmes et ressources ont un impact sur les connaissances du consommateur en matière de nutrition et sur son choix d'aliments. Dans le cours de leur travail, les diététistes ont beaucoup d'occasions de mettre en application et de faire connaître les Recommandations et de conseiller les autres professionnels et les consommateurs.

Les offices de commercialisation du lait et les fédérations de producteurs de lait provinciaux ont également à leur service des éducateurs en nutrition, qui jouent un rôle clé à titre de fournisseurs de matériel didactique aux écoles et aux autres milieux de formation en nutrition. Ces commissions, ainsi que d'autres groupes de promotion des denrées, seront d'importants partenaires au niveau de la communication et de la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes dans les milieux qu'ils touchent.

### Association canadienne des diététistes

L'Association canadienne des diététistes est une organisation professionnelle nationale qui représente 4 500 diététistes réparties à travers le Canada. Le mandat de l'Association est de promouvoir et d'appuyer les pratiques de diététique de qualité parmi ses membres et de viser le bien-être nutritionnel du public.

Afin de réaliser sa mission, l'ACD publie le *Journal de l'Association canadienne des diététistes*, des bulletins généraux et techniques et des manuels de référence à l'intention de ses membres et autres intéressés. Elle offre également des programmes d'éducation permanente à ses membres au moyen d'un congrès annuel, d'ateliers thématiques et de téléconférences.

L'Association joue un rôle actif au niveau de l'élaboration de politiques et de programmes en matière de nutrition par les gouvernements et les organismes qui s'occupent de questions de santé. Elle arrive à ces fins en assurant des liaisons officielles, en participant à des comités d'experts et à des groupes de travail, en préparant et défendant des énoncés de principe et sur des questions de nutrition et en faisant l'étude d'ébauches de documents et de lois. L'ACD diffuse son message directement au public en organisant une campagne annuelle de nutrition et en ayant un programme de relation avec les médias qui vise à faire connaître ses positions et opinions, ainsi que l'expertise de ses membres.

L'ACD est doté de dix associations provinciales affiliées qui disposent de programmes semblables au niveau provincial et qui assument l'organisation de réunions régulières provinciales et régionales des membres. Les associations de diététistes constituent une infrastructure fermement établie pour communiquer les

messages sur la nutrition aux professionnels, dans une variété de milieux de travail, par leur intervention quotidienne auprès du public, de leurs collègues, des personnes qui formulent les politiques, des cadres de la santé, des groupes communautaires et des médias.

### Professionnels de la santé et leurs associations

Le Comité des communications et de la mise en application considère qu'il existe plusieurs autres associations professionnelles dans le domaine de la santé dont les membres jouent un rôle important au niveau de la communication de messages sur la nutrition au public. Bon nombre de ces organisations ont facilité le travail du Comité en lui fournissant de l'information (voir l'annexe A). Les médecins, les infirmières, les spécialistes de la dentisterie et autres professionnels de la santé sont une autre voie de communication importante avec le public, sans compter que le public considère que ces personnes sont une source fiable d'information sur la nutrition et la santé. Les associations qui représentent ces professionnels sont des partenaires importants au niveau des efforts déployés pour communiquer et mettre en application les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes. L'Association médicale canadienne, la Société canadienne de pédiatrie, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association canadienne des hygiénistes dentaires, l'Association dentaire canadienne et l'Association canadienne d'hygiène publique sont d'excellents exemples du type d'organismes dont il est question ci-dessus.

L'intégration de la nutrition aux programmes de formation des professionnels de la santé est critique. De plus, pour que ces professionnels de la santé offrent au public de meilleurs services ils ont besoin du soutien approprié des professionnels de la nutrition.

**Dans le but d'appuyer la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes, le CCMA recommande aux associations de professionnels de la nutrition et autres professionnels de la santé :**

D1 d'adopter les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes et les faire connaître comme étant les seules recommandations en matière de nutrition qui doivent être communiquées aux personnes en santé de plus de deux ans;

D2 de s'occuper de la promotion des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes et de leur mise en application auprès des membres (par l'entremise des journaux, de bulletins, de cours d'éducation permanente, de rencontres annuelles, etc.);

D3 d'inciter les membres à discuter de la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes, et à y participer activement, aux niveaux national, provincial et communautaire;

D4 de coordonner avec les autres intéressés la diffusion d'un message uniforme à propos de l'alimentation et de la santé;

D5 de travailler avec les secteurs privé et public et les organismes bénévoles oeuvrant dans le domaine de la santé à l'élaboration de politiques en matière de nutrition aux niveaux national, provincial, territorial et communautaire;

D6 d'insister davantage sur la nutrition comme outil de promotion de la santé et de prévention de la maladie, durant la formation et dans les programmes d'éducation continue dispensés aux nutritionnistes et autres professionnels de la santé;

D7 de s'associer aux initiatives intersectorielles visant l'élaboration de lignes directrices pour la diffusion, au moment de la vente des produits alimentaires, de renseignements relatifs à la santé;

D8 d'encourager et d'appuyer l'élaboration de politiques provinciales, territoriales et locales en matière de nutrition en milieu scolaire;

D9 de chercher que la nutrition soit un facteur déterminant dans les services d'alimentation commerciaux et institutionnels;

D10 de faire valoir auprès d'Agriculture Canada et des ministères provinciaux de l'Agriculture l'importance de la nutrition comme facteur déterminant dans le développement de produits agro-alimentaires;

D11 de faire valoir auprès de l'industrie alimentaire l'importance de la nutrition en tant que principal facteur déterminant dans le développement des produits alimentaires;

D12 de recueillir des données sur la connaissance et la conformité aux Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes lorsqu'il est possible de procéder à des enquêtes et de faire des recherches;

D13 d'encourager les secteurs public et privé à entreprendre des recherches pour favoriser la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

Des professionnels de la nutrition et de la santé peuvent également appuyer la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes de façon autonome.

**Le CCMA recommande aux professionnels de la nutrition et autres professionnels de la santé :**

E1 d'encourager la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes en préconisant l'élaboration de politiques locales (notamment dans les municipalités, les entreprises et les commissions scolaires);

E2 d'utiliser les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes dans son milieu de travail pour que la clientèle bien portante reçoivent un message uniforme en matière de nutrition;

E3 de faire participer des personnalités locales, des représentants du secteur privé et de la population cible à l'intégration des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes dans les programmes locaux, comme ceux qui s'adressent aux groupes peu scolarisés et aux groupes ethniques;

E4 d'associer différents groupes (comme les regroupements communautaires et paroissiaux, et les regroupements de travailleurs) à la conception, la mise en application et l'évaluation d'interventions communautaires dans le domaine de la nutrition;

E5 de prôner l'intégration d'une composante sur la nutrition dans tous les programmes de santé communautaire qui s'y prêtent.

### Organismes non gouvernementaux

Beaucoup d'organismes de nutrition et de santé non gouvernementaux participent activement à l'élaboration et à la diffusion de programmes de nutrition au Canada. Ce secteur a fourni un apport précieux au Comité des communications et de la mise en application et continuera d'être un maillon vital pour la mise en application intersectorielle des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes formulées par le CCMA.

### *Institut national de la nutrition*

L'Institut national de la nutrition a été fondé en 1983 à titre d'organisme privé sans but lucratif. Il résulte d'un partenariat unique entre des experts reconnus des sciences de la nutrition et de la santé, de l'éducation, de l'industrie et du gouvernement. Le financement de l'Institut est assuré par les entreprises membres et leurs filiales; il est géré par un conseil d'administration et guidé par des conseils consultatifs en matière d'expertise scientifique, de politique publique et de communication. L'INN constitue une voix objective et crédible en matière de nutrition au Canada. Le mandat de l'INN est d'assumer un rôle de chef de file au niveau de l'avancement des connaissances et des pratiques nutrionnelles des Canadiens en axant des programmes sur les professionnels de la santé, les médias, les établissements d'enseignement, le gouvernement et l'industrie. Il joue un rôle capital en ce qu'il encourage la collaboration entre des particuliers et des groupes dont l'optique et l'influence varient, mais qui partagent le désir d'améliorer la santé nutritionnelle des Canadiens.

Les programmes de l'INN visent principalement deux fins : la communication d'information sur la nutrition et l'appui de la recherche et de l'éducation en nutrition.

L'INN publie *Rapport*, bulletin trimestriel contenant des articles opportuns rédigés par des experts canadiens, et *Review*, une série de brefs comptes rendus sur des sujets de nutrition d'actualité. L'INN répond également aux demandes d'information des représentants des médias et des professionnels de la santé.

Les programmes de recherche et de formation de l'INN octroient des prix aux universités qui ont élaboré ou perfectionné des programmes de nutrition; par ailleurs, des bourses d'études post-doctorales sont décernées afin d'aider les boursiers de l'INN à poursuivre des études supérieures dans des centres d'excellence de la recherche en nutrition. L'INN offre une bourse d'entrée à l'université ainsi que des ateliers et des colloques sur différentes questions de nutrition.

### *PARTICIPaction*

PARTICIPaction a été mis sur pied en 1972 à titre d'organisme privé sans but lucratif qui se consacre à la promotion de la condition physique par des stratégies et des actions visant à aider les Canadiens à adopter un mode de vie plus sain. Depuis 1986, PARTICIPaction parle également de nutrition, faisant de la bonne alimentation et de l'activité physique régulière les fondements d'un mode de vie sain (Davis, 1987). PARTICIPaction profite des services d'une équipe à temps plein de spécialistes de la condition physique, de la motivation, de la communication et de la production. Ils bénéficient des conseils d'un vaste réseau national d'éducateurs, d'animateurs de programmes de condition physique, de nutritionnistes, de publicitaires, de professionnels de la santé, de spécialistes en communication et de chercheurs. Les principales activités de PARTICIPaction sont la publicité d'intérêt public (valeur évaluée du temps donné chaque année est de 15 millions de dollars), les relations avec les gouvernements, les entreprises du secteur privé, les professionnels de la santé et le public et les projets commandités par des clients, comme les gouvernements fédéraux et provinciaux et les grandes entreprises. Deux de ces programmes commandités ont porté précisément sur la nutrition et reposaient sur une association efficace des secteurs privé et public. Le projet Apex a été élaboré avec la collaboration de la Commission ontarienne de commercialisation du lait et du gouvernement de l'Ontario. Après que ce programme d'éducation sur la nutrition et la condition physique eut été élaboré et mis à l'essai, il a été distribué dans plus de 1 000 classes en Ontario; on commence peu à peu à le diffuser dans les autres provinces. Le second projet a été élaboré en collaboration avec la compagnie H.J. Heinz; il a donné lieu à une grande trousse

éducative destinée aux consommateurs par l'entremise de leurs médecins de famille. Près de quatre millions de trousses ont été distribuées.

### *Organismes oeuvrant dans le domaine de la santé*

La Société canadienne du cancer, la Société canadienne d'hypertension, l'Association canadienne du diabète, la Société de l'ostéoporose du Canada et la Fondation canadienne des maladies du coeur sont des exemples d'organismes bénévoles qui communiquent au public des messages sur la nutrition et la santé au moyen de divers programmes, ressources et réseaux. Dans certains cas, les organismes diffusent leurs propres recommandations en matière de nutrition. Nombre d'entre eux recrutent des bénévoles dans la communauté pour les aider à diffuser leurs programmes, ce qui encourage le public à participer à la promotion de la bonne nutrition et de la santé.

Plusieurs des organismes précités ont pris part à des discussions organisées par l'Institut national de la nutrition et dans le cadre desquelles les participants ont convenu de la nécessité d'en arriver à un consensus au sujet des recommandations sur la nutrition. Plusieurs organismes (voir l'annexe A) ont communiqué de l'information au Comité des communications et de la mise en application sur la façon dont ils envisageait de participer à la communication et à la mise en application de telles recommandations.

Pour veiller à ce que les messages de nutrition diffusés à l'intention du public soient uniformes, tous doivent adopter les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes comme l'unique série de recommandations en matière de nutrition devant être communiquée aux Canadiens en santé de plus de deux ans.

**Dans le but d'appuyer les efforts de mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes, le Comité des communications et de la mise en application recommande aux organismes non gouvernementaux :**

H1 d'adopter les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes et les faire connaître comme étant les seules recommandations en matière de nutrition qui doivent être communiquées aux personnes en santé de plus de deux ans;

H2 d'inciter membres et bénévoles à promouvoir les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes;

H3 d'assurer un soutien professionnel adéquat aux programmes de nutrition;

H4 de s'associer aux établissement (écoles, entreprises, hôpitaux), aux professionnels de la nutrition et de la santé et au secteur privé pour la conception, la mise en application et l'évaluation d'interventions communautaires dans le domaine de la nutrition;

H5 de travailler avec les secteurs privé et public et les organismes professionnels oeuvrant dans le domaine de la santé à l'élaboration d'une politique de la nutrition coordonnée aux niveaux national, provincial, territorial et communautaire;

H6 de s'associer aux initiatives intersectorielles visant l'élaboration de lignes directrices pour la diffusion, au moment de la vente des produits alimentaires, de renseignements relatifs à la santé;

H7 d'encourager l'évaluation de programmes de promotion en matière de nutrition et de santé par la création de programmes de financement;

H8 d'encourager la recherche sur les relations entre le régime alimentaire et les maladies chroniques;

H9 de faire valoir auprès d'Agriculture Canada et des ministères provinciaux de l'Agriculture l'importance de la nutrition comme facteur déterminant dans le développement de produits agro-alimentaires;

H10 de faire valoir auprès de l'industrie alimentaire l'importance de la nutrition en tant que facteur déterminant dans le développement des produits alimentaires.

### Réseau canadien de santé cardiovasculaire

Le Réseau canadien de santé cardiovasculaire (Hearth Health Network), qui a été fondé au mois de mars 1987, est une coalition d'organismes engagés dans des programmes en santé cardiovasculaire. Ses principales fonctions sont de servir de forum pour l'échange d'information, de définir les besoins en matière de données, de ressources et de politiques et de conclure des ententes multipartites en vue de satisfaire ces besoins. Parmi ses membres, on compte des représentants d'organismes communautaires, sociaux et de santé, d'organisations professionnelles et bénévoles du domaine de la santé et de différents ministères provinciaux, territoriaux et fédéraux comme ceux de la santé, de l'agriculture, de la promotion de la santé et de la condition physique.

Le Réseau a été mis sur pied par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social dans le cadre de la Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire, qui a été décrite pour la première fois dans le rapport intitulé *Promoting Heart Health in Canada* (Santé et Bien-être social Canada, 1987) préparé par le Groupe de travail fédéral-provincial sur la prévention et le contrôle des maladies cardiovasculaires. Les réunions du réseau se tiennent dans différentes localités du pays afin d'encourager et d'appuyer les initiatives locales et provinciales en santé cardiovasculaire. Ces réunions sont possibles grâce à l'aide du gouvernement fédéral, de la province hôte, de la Fondation des maladies du coeur du Canada et du secteur privé.

Le Réseau joue un rôle intéressant en ce qu'il préconise et facilite l'élaboration de politiques publiques et de programmes en santé cardiovasculaire qui correspondent aux besoins des collectivités. Il constitue un exemple de collaboration entre divers secteurs dans le but de s'attaquer à un important problème de santé associé à la nutrition.

### Le public canadien

Par la promotion de la santé, on tente d'inciter les Canadiens à prendre des mesures pour améliorer leur état de santé. Il a été reconnu que d'encourager la participation du public est une façon d'aider les gens à prendre contrôle des facteurs qui jouent sur leur santé (Santé et Bien-être social Canada, 1986). La participation du public est définie comme une action collective ou individuelle en vue de s'engager dans la vie de la collectivité et d'en améliorer la qualité (Powell, 1988). Les gens peuvent prendre diverses mesures, de l'évaluation de leurs besoins à la modification des programmes et politiques en vigueur dans la collectivité.

Les programmes de nutrition communautaires peuvent susciter la participation du public en faisant plus que donner de l'information sur la nutrition ou recommander des comportements particuliers. Les programmes d'éducation en nutrition peuvent constituer des outils de prise en charge personnelle s'ils encouragent les individus et les groupes à perfectionner leurs aptitudes à définir, analyser leurs propres problèmes d'alimentation et de nutrition et à y réagir (Kent, 1988). Pour que l'éducation en matière de nutrition et de santé confère un pouvoir aux particuliers, elle doit tenir compte des facteurs politiques, sociaux et économiques qui influent sur la santé et la nutrition. Elle devrait encourager les gens localement à participer à l'interprétation et à l'analyse de leurs propres questions et inquiétudes en matière de nutrition et de santé (Kent, 1988; Labonté, 1989).

Au bout du compte, ce sont les Canadiens qui choisissent les aliments qui affectent leur santé. Ils devront prendre des mesures précises s'ils veulent mettre en application les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

**Le CCMA recommande au public de prendre les mesures suivantes :**

I1 adopter les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes, pour les personnes de plus de deux ans;

I2 inciter et appuyer les membres de la famille, les amis et les collègues de travail qui tentent d'adopter les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes;

I3 réclamer l'accès financier, géographique et culturel à un choix d'aliments qui permette d'observer les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes dans les supermarchés, les écoles, au travail et dans les restaurants;

I4 réclamer, tant au niveau local que national, des politiques en matière de nutrition et d'alimentation qui appuient les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes;

I5 exercer des pressions afin que des programmes de nutrition soient offerts et accessibles au sein de la collectivité.

# 9.
# Programmes d'intervention en nutrition

Les différentes parties de ce chapitre constituent un résumé documenté des connaissances actuelles sur les programmes efficaces d'intervention en nutrition. Ces parties visent à décrire les programmes dont la mise en oeuvre a réussi à changer les habitudes alimentaires des consommateurs et à les rendre plus saines. Il est primordial que la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes se fasse au moyen de programmes et de méthodes éprouvées puisque ce sont là ceux qui sont le plus susceptibles d'occasionner une modification positive du comportement. Bien que ce qui suit ne constitue pas une revue exhaustive des programmes et des activités mis sur pied par le passé, le CCMA a pu tirer certaines conclusions sur les mesures et les stratégies les plus efficaces pour amener la population à adopter des pratiques alimentaires plus saines.

Étant donné que le Comité s'est trouvé confronté à une pénurie de documentation sur les programmes de nutrition au Canada, et que pratiquement aucune des études effectuées ne contenaient de données d'évaluation, il en a conclu qu'il existe un besoin urgent de procéder à davantage de recherche. Dans la mesure du possible, les exemples donnés reflètent la réalité canadienne. Les programmes d'intervention en nutrition répertoriés ci-après ont été classés en fonction des lieux privilégiés pour leur mise en oeuvre.

> Le CCMA recommande que l'on déploie des efforts supplémentaires afin que des recherches et des évaluations soient faites sur les programmes d'intervention en nutrition et que l'information sur les programmes efficaces soit diffusée aux autres collectivités et milieux.

## Programmes scolaires

Les études effectuées au Canada sur les connaissances (King *et al.*, 1984), les attitudes et les comportements relativement à la santé (King *et al.*, 1986) de 30 000 enfants âgés de 9, 12 et 15 ans ont soulevé de sérieux questionnements. Par exemple, le Canada Health Knowledge Survey (King *et al.*, 1984) a révélé que bien que la plupart des enfants de 4$^{e}$ année connaissent les quatre groupes d'aliments de base du *Guide alimentaire canadien*, ils ne peuvent reconnaître un repas composé d'aliments de ces groupes. Des études faites auprès des élèves de 7$^{e}$ et 10$^{e}$ années ont fait ressortir de graves lacunes quant à leurs connaissances sur la nutrition. L'étude de 1984 sur les attitudes et comportements à l'égard de la santé (King *et al.*, 1986) a également fait ressortir plusieurs problèmes au niveau des habitudes alimentaires des enfants d'âge scolaire, notamment :

- pratiquement la moitié des enfants n'avaient pas une alimentation équilibrée telle que définie par le *Guide alimentaire canadien*;
- un tiers des élèves ne consommaient pas de légumes quotidiennement;
- 20 p. 100 des jeunes âgés de 15 ans prenaient rarement le petit déjeuner;
- l'apport en lipides des deux tiers des enfants était élevé;
- le quart des enfants avait une consommation élevée de sucres;
- plus les enfants étaient âgés, moins ils mangaient de légumes jaunes, de poisson, de fèves et de pains et céréales de grain entier.

Il existe deux cibles de choix pour les programmes d'intervention en nutrition en milieu scolaire : la classe, et les services alimentaires des écoles. Dans la classe, il s'agit principalement d'inculquer aux élèves, et donc à leurs familles, les principes de la nutrition et de l'alimentation saine. En complément, on peut se servir des services

alimentaires des écoles pour renforcer le message éducatif, en mettant en place un milieu qui favorise les bonnes habitudes alimentaires. Les efforts déployés doivent être étayés par des politiques alimentaires et nutritionnelles globales dans les écoles.

Johnson et Johnson (1985), au cours d'une méta-analyse de quelque 300 projets de recherche en éducation sur la nutrition, ont remarqué que l'éducation en nutrition est un moyen efficace d'enrichir les connaissances sur la nutrition, d'encourager l'adoption d'attitudes ouvertes à l'égard de la nutrition et d'augmenter la consommation d'aliments nutritifs. L'U.S. School Health Education Evaluation (Connel *et al.*, 1985) qui portait sur plus de 30 000 élèves de l'élémentaire, a également mis en lumière l'impact considérable des programmes d'éducation en nutrition sur les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière de santé; les changements les plus remarquables se sont produits au niveau de l'enrichissement des connaissances. Par ailleurs, dans le cadre de cette étude, on a remarqué que la formation préalable des enseignants et le soutien de matériel didactique aident à la mise en oeuvre des programmes d'éducation sanitaire dans les écoles.

Weis et Kien (1987) ont noté plusieurs facteurs qui influent sur les programmes d'éducation en nutrition en milieu scolaire, notamment la formation des enseignants, les méthodes d'enseignement, la participation des parents, les contraintes du programme scolaire, le soutien administratif et les facteurs culturels et sociaux. Suite à l'analyse des recherches sur les programmes d'éducation en nutrition au niveau élémentaire, les auteurs ont tiré les conclusions suivantes :

- la formation des enseignants en nutrition enrichit les connaissances des enseignants sur le sujet; davantage de temps est alors consacré en classe à la nutrition;
- dans le cadre de la formation des enseignants, on devrait consacrer au moins autant de temps à l'enseignement des stratégies nutritionnelles qu'au contenu nutritionnel;
- les enfants devraient participer directement et activement au processus d'apprentissage;
- l'éducation par les pairs est un moyen efficace d'éducation sur la nutrition;
- l'appui des parents et leur participation au processus d'éducation sur la nutrition ont un impact considérable au niveau de l'efficacité de la formation;
- l'intégration de la formation en nutrition aux autres sujets du programme permet de consacrer davantage de temps à l'enseignement de la nutrition et favorise une meilleure acquisition de connaissances chez les élèves;
- l'éducation en nutrition est d'autant plus efficace si elle suit un programme planifié, organisé et progressif;
- plus un programme d'éducation en nutrition jouit de soutien administratif, plus il est efficace.
- les préférences et les comportements alimentaires des enfants sont influencés par des facteurs sociaux et culturels;
- en appliquant un cadre théorique à l'éducation en nutrition, il est possible de fixer des objectifs de programme, d'identifier des cibles d'intervention et d'élaborer des stratégies d'enseignement appropriées.

Selon une étude de l'Association canadienne d'éducation (1989) à laquelle ont participé 72 commissions scolaires, 34 ont déclaré que leur programme était doté d'un volet sur la nutrition (32 p. 100 par l'entremise des cours d'hygiène, 6 p. 100 dans le cadre des cours d'économie familiale, 12 p. 100 dans le cadre des deux cours précités et 9 p. 100 dans le cadre de cours d'études sur la famille). Par ailleurs, 20 commissions scolaires ont déclaré avoir recours à des professionnels de la nutrition dans le cadre de leurs programmes alors que 10 étaient dotées de leur propre nutritionniste.

Par ailleurs, il semble également y avoir des lacunes au niveau de la formation en nutrition des enseignants. Selon un sondage effectué dans les écoles secondaires de l'Ontario auprès des professeurs d'éducation physique, d'hygiène, d'études de la famille et de sciences, moins de la moitié d'entre eux avaient suivi ne serait-ce qu'un seul cours de nutrition durant leurs études

universitaires (Vandenbygaart et Woolcott, 1985). Environ 40 p. 100 des enseignants interrogés avaient participé à un atelier sur la nutrition organisé par la Commission ontarienne de commercialisation du lait. Il semble que les ateliers sur la nutrition organisées par les fédérations de producteurs de lait et les offices de commercialisation du lait provinciaux sont la principale source de formation en cours d'emploi en matière de nutrition offerte aux enseignants dans les provinces. Dans le cadre de tels ateliers, on fournit aux enseignants du matériel didactique sur la nutrition pour application directe en classe ainsi que la formation nécessaire aux enseignants qui désirent exploiter ce matériel.

Les programmes d'éducation en nutrition organisés par les offices de commercialisation provinciaux ont fait l'objet d'une évaluation en Colombie-Britannique (Schwartz et Clampett, 1983), en Alberta (McEwen et Kieren, 1984) et en Ontario (Davis et Horgen, 1988). Selon les résultats de cette évaluation, il semble que les enseignants font une utilisation modérée du matériel didactique distribué dans le cadre de ces ateliers. Hormis une évaluation du Projet Apex (Davis et Horgen, 1988), qui a été organisée par la Commission ontarienne de commercialisation en collaboration avec PARTICIPaction et l'Association d'éducation physique et de la santé de l'Ontario, il n'y a aucune donnée récente sur l'efficacité de l'éducation en nutrition dans les écoles canadiennes aux points de vue des connaissances des étudiants, de leurs attitudes et de leur comportement. Le projet Apex est un programme innovateur à l'intention des élèves de la 4$^{e}$ à la 6$^{e}$ années qui combine éducation en nutrition et activité physique. Le programme s'adresse aux parents ainsi qu'aux élèves. Ces derniers participent à des activités visant à promouvoir l'apprentissage et à encourager les participants à se fixer des objectifs en matière de nutrition. L'évaluation préliminaire du programme révèle que les étudiants ont acquis des connaissances plus complètes et une attitude plus positive à l'égard de la nutrition et de l'activité physique. Par ailleurs, il semble que l'attitude des enseignants à l'égard de l'éducation en nutrition s'améliore de façon significative avec l'utilisation du matériel didactique (Davis et Horgen, 1988).

D'autres projets en nutrition ont été mis sur pied dans les écoles de la région de Toronto (Latchford, 1986) et à l'Île-de-Prince-Édouard (Anderson et Reddin, 1982).

En conclusion, on peut dire que l'école est le milieu idéal pour communiquer l'éducation en nutrition aux enfants et aux adolescents ainsi qu'à leurs familles. Au Canada, il semblerait que l'importance de l'éducation en nutrition dans les programmes scolaires soit négligeable. Cette lacune est peut-être attribuable au manque de politiques officielles en matière de nutrition aux niveaux provincial et local, au manque de directives provinciales sur le contenu en nutrition des programmes et à la formation inadéquate des enseignants en matière de nutrition.

C11 Le CCMA recommande que les gouvernements provinciaux, territoriaux et municipaux intègrent l'enseignement de la nutrition à tous les niveaux dans le système d'éducation officiel et notamment dans les programmes de formation des enseignants.

Les nutritionnistes en santé publique de différentes régions du pays signalent un certain nombre d'exemples de mesures qui ont été prises en vue d'améliorer la qualité des services alimentaires dans les écoles. En Nouvelle-Écosse, les nutritionnistes en santé publique ont mis au point des lignes directrices sur la vente de grignotines dans les écoles de la Nouvelle-Écosse (ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, 1989) afin d'aider le personnel des écoles à choisir les aliments destinés à la vente en cantine. Des lignes directrices semblables existent en Ontario depuis 1976, année où les nutritionnistes en santé publique et les dentistes ont publié conjointement un document de travail sur les services alimentaires dans les écoles (ministère de la Santé de l'Ontario, 1976) qui contenait des recommandations visant l'amélioration des services alimentaires dans les écoles. Le document intitulé « *School Food : Giving Students a Better Break* » a été publié par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique en 1988. Les services alimentaires des écoles sont également un moyen susceptible d'être exploité pour la

diffusion des programmes d'éducation et d'information sur la nutrition, comme c'est le cas du programme « *Healthier Eating : The Smart Choice* » offert par la compagnie Beaver Foods dans les écoles secondaires où elle gère des services alimentaires.

La documentation sur les programmes de services alimentaires dans les écoles canadiennes s'est avérée difficile à trouver. Le sondage de l'Association canadienne d'éducation (1989) auprès des commissions scolaires a permis d'obtenir de l'information sur les programmes mis sur pied à l'intention des enfants qui ont faim. Les commissions scolaires ont fait état d'une vaste gamme de programmes, dans le cadre desquels on fournit, notamment, des collations, des repas gratuits, des repas pratiquement gratuits et des repas à coût modique. L'information sur la valeur nutritionnelle des aliments fournis n'était pas disponible.

C12 Le CCMA recommande que les gouvernements provinciaux, territoriaux et municipaux voient à ce que les aliments servis dans les écoles canadiennes soient conformes aux Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

Étant donné que l'éducation est un domaine du ressort de l'autorité provinciale, il n'existe pas à l'échelle nationale de programmes d'éducation en nutrition à l'intention des écoliers. Il semble que le Québec est la seule province qui dispose d'une politique provinciale en matière de nutrition pour le milieu scolaire (Québec, 1988). Cette politique a été élaborée grâce à l'effort conjoint du ministère de la Santé et des Services sociaux, du ministère de l'Agriculture, du ministère des Pêcheries et du ministère de l'Éducation. Ainsi, si un organisme scolaire de la province décide de mettre en application des programmes d'éducation nutritionnelle et d'instaurer des services alimentaires à l'appui de l'éducation dispensée dans ses écoles, il bénéficie d'une aide gouvernementale concrète.

Au niveau local, de nombreuses commissions scolaires comme celle de Vancouver (Eisler *et al.*, 1985) ont des politiques de nutrition scolaires. Cependant, il y a une grande différence entre l'existence et l'application de telles politiques. Par exemple, dans le cadre d'un sondage effectué récemment auprès de 562 écoles de Terre-Neuve (Leach, communication personnelle, 1989), seulement 37 p. 100 des écoles ont déclaré l'existence d'une politique nutritionnelle alors que 44 p. 100 des commissions scolaires disaient en avoir une. En gros, la moitié des écoles ont déclaré se conformer entièrement ou en partie aux politiques nutritionnelles préconisées par la commission scolaire. Lorsque l'Association des diététistes du Nouveau-Brunswick a effectué un sondage auprès de 42 commissions scolaires de la province, elle a trouvé que seulement quatre (soit 11 p. 100) d'entre elles étaient dotés d'une politique nutritionnelle et alimentaire bien que 41 p. 100 des commissions scolaires aient exprimé de l'intérêt à l'égard de ce type de politiques (Rankine, communication personnelle, 1989). Une étude effectuée en 1987 et portant sur l'éducation nutritionnelle dans les écoles de la région d'Ottawa-Carleton (Cronier, 1987) a révélé que bien qu'il n'y ait pas de politiques alimentaires disponibles, la nutrition est au programme des cours d'hygiène et d'études environnementales aux niveaux primaire et intermédiaire et à celui des cours d'études sur la famille au niveau secondaire dans la plupart des conseils scolaires. Cette recherche a également mis en cause la qualité de l'éducation nutritionnelle et recommande que le ministère de l'Éducation de l'Ontario prenne des mesures afin que davantage de temps soit obligatoirement consacré à l'éducation nutritionnelle et sanitaire au niveau secondaire. Une enquête de l'Association canadienne d'éducation (1989) auprès d'un échantillon de commissions scolaires a permis de confirmer que l'usage des politiques nutritionnelles dans les commissions scolaires est restreint. Vingt-sept des 68 conseils scolaires qui ont participé au sondage ne disposent pas de politique nutritionnelle.

Il est évident qu'il faut disposer des ressources professionnelles et matérielles suffisantes pour communiquer les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes dans les écoles, et pour les mettre en application par l'entremise des programmes scolaires, des services alimentaires et des programmes de promotion de la santé.

C13 **Le CCMA recommande que les gouvernements provinciaux, territoriaux et municipaux mettent au point des politiques coordonnées en matière de nutrition et d'alimentation en milieu scolaire.**

## Programmes en milieu de travail

Il est possible de toucher une proportion très importante de la population adulte, hommes et femmes, sur les lieux de travail. Il a été établi que les programmes de promotion de la santé en milieu de travail ont un impact positif sur la santé, le rendement et le moral des employés et réduisent l'utilisation et le coût des services de soin (Bly *et al.*, 1986). À l'instar de l'école, les représentants du milieu de travail peuvent vouloir mettre en oeuvre un programme d'éducation nutritionnelle ou s'intéresser aux services alimentaires (distributrices, cantines, cafétérias et restaurants).

La documentation fait état de peu d'études sur les programmes en milieu de travail au Canada. Selon les résultats d'une étude sur quelque 200 programmes de promotion de la santé en milieu de travail effectuée à Montréal, (O'Loughlin *et al.*, 1988), seulement 10 p. 100 des programmes comprenaient un volet sur la nutrition (défini comme étant du counseling nutritionnel). La division du Manitoba de la Société canadienne du cancer a élaboré un programme de sensibilisation à la nutrition en milieu de travail (Thomas, 1989), mais les données d'évaluation du programme n'ont pas encore paru. À Ottawa, on a procédé à une étude des besoins en ce qui concerne un programme de contrôle du poids en milieu de travail (Reid et Dunkley, 1989). En Alberta, le service de santé de la région de Red Deer a mis au point le programme *Take Heart* aux fins des programmes sur la santé cardiovasculaire en milieu de travail (Buffam, 1988). Le programme comprend un guide du participant et une trousse qui contient de l'information sur l'élaboration d'un programme complet en santé cardiovasculaire, y compris l'analyse du risque, l'orientation individuelle et les séances de groupe. Le programme est actuellement en vigueur dans des milieux de travail en Alberta, mais on ne dispose d'aucune donnée d'évaluation. En 1987, l'Association canadienne des hôpitaux a entrepris une étude visant à évaluer la participation des hôpitaux aux programmes de promotion de la santé. Dans chacun des 11 cas présentés, l'orientation nutritionnelle était le premier type de programme offert aux employés ainsi qu'aux patients résidents, aux patients externes et aux membres de la collectivité. Il n'a pas été possible d'obtenir d'autres données sur l'existence des programmes de nutrition en milieu de travail au Canada.

En 1985, l'*U.S. Department of Health and Human Services* déclarait qu'environ 16 p. 100 des entreprises américaines offraient un programme d'orientation nutritionnelle quelconque à leurs employés. Au chapitre des programmes offerts en milieu de travail, on trouvaient notamment des programmes de perte de poids (Nelson *et al.*, 1987; Shannon *et al.*, 1986; Sumner *et al.*, 1986), des programmes de prévention des maladies coronariennes (Peterson *et al.*, 1986; Quigley, 1986) et des programmes de « diffusion d'information au point de vente » à la cafétéria (Schmitz et Fielding, 1986; Zifferblatt *et al.*, 1980). Rickmond (1986) a mis au point un programme visant à enseigner au personnel des cafétérias des méthodes de préparation d'aliments « bons pour le coeur » grâce à des procédés pour la modification des recettes, des suggestions de nouveaux menus et des activités promotionnelles. Le mouvement *Weight Watchers* a également élaboré un programme (Frankle *et al.*, 1986) afin de satisfaire les demandes pour des programmes d'amaigrissement sur les lieux de travail. Des stratégies d'intervention en milieu de travail ont également été mises au point dans le cadre du *National Cholesterol Education Program* (LaRosa *et al.*, 1986). Foshee et ses collègues (1986) ont passé en revue neuf programmes de contrôle du poids corporel mis sur pied en lieu de travail et en ont conclu que le lieu de travail offre de nombreux avantages pour la mise en application de tels programmes, y compris le potentiel élevé de cet environnement pour l'intervention et le support (notamment la cafétéria et les autres services alimentaires), la concurrence et le soutien entre pairs, et l'appui des services de santé pour aider les employés à adopter de façon permanente les changements d'habitudes alimentaires.

Ceux qui désirent mettre sur pied un programme d'orientation nutritionnelle en milieu de travail peuvent se prévaloir de deux documents de grand intérêt : *A Guide to Enhancing Nutrition at the Worksite* (Shannon, Demicco et Fishman, 1986) et *Worksite Nutrition : A Decision-Maker's Guide* (American Dietetic Association, Society for Nutrition Education, U.S. Department of Health and Human Services, 1986).

Bien qu'il n'existe pas de rapport publié sur les programmes d'éducation nutritionnelle des services alimentaires dans les milieux de travail au Canada, certaines entreprises de gestion des services alimentaires, et notamment les Services Versa (programme *Treat Yourself Right*), offrent de tels programmes.

> Le CCMA recommande que des programmes d'intervention nutritionnelle en milieu de travail soient élaborés et évalués à titre de moyen de mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

## Programmes aux points de vente

Des occasions d'interventions en nutrition se présentent au point de vente, dans les supermarchés (étiquetage nutritionnel, étiquetage des étalages, promotions internes et visites), dans les restaurants et autres points de service d'aliments comme les cafétérias, les distributrices et les cantines (étiquetage des menus, cartes-chevalets et messages imprimés sur les napperons).

En novembre 1988, le gouvernement canadien a approuvé de nouveaux règlements relatifs à un système volontaire d'étiquetage nutritionnel des aliments. L'étiquetage nutritionnel indique la teneur en éléments nutritifs d'une portion déterminée de l'aliment étiqueté. L'information sur la valeur nutritive la plus sommaire (liste maîtresse) doit comprendre la valeur énergétique, exprimée en calories et en kilojoules, ainsi que la teneur en protéines, en lipides et en glucides. L'étiquette peut également donner une indication de la teneur en matières grasses (y compris les acides gras polyinsaturés, monoinsaturés, saturés et le cholestérol), en glucides (dont les sucres, l'amidon et les fibres alimentaires), en sodium et en potassium. Un ou plusieurs des vitamines et minéraux suivants peuvent également être mentionnés sur l'étiquette : vitamines A, C, D et E, thiamine, riboflavine, niacine, vitamine $B_6$, folacine, vitamine $B_{12}$, acide panthothénique, calcium, phosphore, magnesium, fer, zinc et iode. Les éléments nutritifs précités doivent être exprimés en pourcentage de l'apport quotidien recommandé, étalon employé au Canada et basé sur les Apports nutritionnels recommandés pour les Canadiens de 1983.

Vu que ces mesures sont récentes, il est impossible d'évaluer l'impact de l'étiquetage nutritionnel sur le choix des aliments. D'ailleurs, les programmes d'éducation en matière d'étiquetage nutritionnel n'ont pas encore été élaborés. Santé et Bien-être social Canada a publié un dépliant intitulé « *L'étiquetage des produits alimentaires : le fond de l'histoire* » qui a été distribué en quantité limitée dans les magasins d'alimentation du pays. Vu que les renseignements nutritionnels pouvant figurer sur les étiquettes aux termes des nouveaux règlements sont très complexes, il est particulièrement important d'élaborer un programme d'éducation des consommateurs dans le but de les aider à comprendre l'information fournie et à en tirer parti.

Il est encore trop tôt pour procéder à une étude de la mesure dans laquelle les consommateurs utiliseront l'information fournie sur l'étiquette pour décider des aliments à acheter. Le sondage effectué en 1989 par les Fabricants canadiens de produits alimentaires auprès des consommateurs a révélé que ceux-ci s'intéressent davantage au prix des aliments, à leur date d'expiration et aux directives de préparation qu'à l'information sur la nutrition. Par contre, les consommateurs qui le font ont déclaré porter attention aux éléments suivants : sucre (69 p. 100), lipides (63 p. 100), fibres alimentaires (61 p. 100), sel ou sodium (59 p. 100), vitamines et minéraux (55 p. 100), cholestérol (52 p. 100), calcium (52 p. 100), protéines (41 p. 100) et glucides (39 p. 100). Certaines indications révèlent une différence entre l'intérêt déclaré à l'égard de l'information fournie sur l'étiquette et l'impact réel de cette information sur les décisions d'achat (Liefeld, 1983).

Légèrement plus qu'un quart des acheteurs de céréales interrogés dans le cadre d'un sondage Gallup sur l'étiquetage nutritionnel des boîtes de céréales ont déclaré qu'ils lisaient les étiquettes à l'occasion ou fréquemment (Petersen, 1984). Parmi les consommateurs qui lisaient les étiquettes, 47 p. 100 ont dit qu'il le faisait afin de déterminer dans quelle mesure un produit donné cadrait dans une alimentation équilibrée tandis que 25 p. 100 ont donné comme raison le désir d'éviter certains ingrédients pour des raisons diététiques ou parce qu'ils tentaient de réduire leur apport en calories. L'information qui figure sur l'étiquette est de toute évidence un outil très important pour les consommateurs désireux de choisir des aliments en concordance avec les Recommandations sur la nutrition. Par exemple, l'information sur la teneur en lipides, en fibres alimentaires et en sodium permettrait aux consommateurs de choisir des aliments en fonction des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

**Le CCMA recommande au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social :**

B19 d'évaluer dans quelle mesure les programmes d'étiquetage nutritionnel aident le public à se conformer aux Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes et de procéder aux révisions nécessaires;

B9 de s'associer aux initiatives intersectorielles visant l'élaboration de lignes directrices pour la diffusion, au moment de la vente des produits alimentaires, de renseignements relatifs à la santé, et d'entreprendre les révisions nécessaires des lois ou des politiques afférentes, au besoin;

B6 de renforcer la communication et la collaboration en ce qui concerne l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques et de programmes en matière de nutrition et de santé, au sein du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

**Le Comité fait les recommandations suivantes à l'industrie alimentaire :**

F8 Appliquer l'étiquetage nutritionnel volontaire au plus grand nombre possible de produits.

F9 Encourager la consommation de produits ayant une bonne valeur nutritionnelle et en utilisant les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes afin d'inciter les clients à lire les étiquettes des produits alimentaires.

Bien que les programmes d'éducation en nutrition au point de vente semblent rares au Canada, on doit considérer leur élaboration comme une priorité. Il a déjà été établi que les consommateurs prennent la plupart des décisions concernant leur choix d'aliments au point même de vente, par exemple à l'épicerie. L'accès à de l'information sur la nutrition lors de cette prise de décision peut avoir une influence considérable sur le consommateur. À l'heure actuelle, des règlements gouvernementaux limitent l'élaboration de programmes au point de vente bien que ceux-ci peuvent contribuer à créer un milieu propice pour les consommateurs qui tentent de suivre les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes. Il sera peut-être nécessaire de modifier les règlements en vigueur afin qu'il soit possible d'élaborer de tels programmes.

A6 Le CCMA recommande que tous les secteurs concernés s'engagent dans une action conjointe visant l'élaboration de lignes directrices pour la diffusion, au moment de la vente de produits alimentaires, de renseignements relatifs à la santé.

### Supermarchés

Des études effectuées aux États-Unis ont révélé que les consommateurs prennent 80 p. 100 des décisions en matière d'achat d'aliments au supermarché (Point-of-Purchase Institute, cité dans Light *et al.*, 1989). Le supermarché est donc un endroit d'une importance capitale en rapport aux programmes d'intervention en nutrition qui visent à inciter les consommateurs à choisir des aliments sains. Light *et al.* (1989) signalent que les programmes d'éducation en nutrition dans les supermarchés améliorent les résultats des programmes d'intervention en nutrition dans la collectivité et créent un environnement dans lequel les consommateurs peuvent appliquer leurs notions de nutrition pour choisir des aliments sains. Scharf *et al.* (1989) ont suggéré, dans le cadre d'une analyse de l'information nutritionnelle offerte dans les supermarchés au Canada, que ce type de programme ne devrait pas constituer un ajout aux programmes de commercialisation, mais bel et bien en faire partie intégrante.

Il existe peu d'évaluations documentées des programmes d'information nutritionnelle dans les supermarchés au Canada. Muller (1984, 1985) a étudié l'impact sur les consommateurs d'affiches proposant de l'information nutritionnelle dans les supermarchés de Vancouver. Les affiches donnaient de l'information sur les éléments nutritifs contenus dans cinq produits différents et comparaient différentes marques. Les affiches se trouvaient dans les allées, suspendues au-dessus de l'étalage des produits en question. Muller a suivi les ventes des cinq produits durant une période de deux semaines et en a conclu que les consommateurs avaient tendance à acheter des produits plus nutritifs lorsqu'ils disposaient d'information nutritionnelle alors que ce n'était pas le cas lorsqu'ils n'en disposaient pas, comme dans le cas des sujets-contrôles. Ce programme expérimental n'existe plus; toutefois, d'autres programmes d'information nutritionnelle dans les supermarchés ont été mis sur pied, comme le *Heart Smart Grocery Program* de la Fondation canadienne des maladies du coeur, qui a débuté à la fin de 1989. En outre, les visites de supermarchés sont de plus en plus utilisées au Canada comme façon d'informer les consommateurs sur les lieux d'achat. Kalina *et al.* (1989) ont mis au point un programme appelé *Smart Shop Tour* qui comprend une visite de deux heures d'un supermarché dirigée par un diététiste-nutritionniste. Le programme suscite beaucoup l'intérêt des consommateurs, comme l'indique les longues listes d'attente.

Plusieurs programmes d'information en nutrition dans les supermarchés existent aux États-Unis. Un sondage auprès de 83 des principales chaînes de supermarché à révélé que 36 p. 100 d'entre elles offraient de tels programmes dans leurs magasins (Pennington *et al.*, 1988). Les magasins Safeway distribuent aux consommateurs de la documentation sur la nutrition par l'entremise du kiosque de sensibilisation à la nutrition de chaque magasin. Bien que le programme existe également dans les magasins Safeway au Canada, il n'a pas été possible de trouver de compte-rendu qui fasse état de l'efficacité du programme comme moyen d'inciter les consommateurs à acheter des aliments plus nutritifs. Giant Foods, une autre grande chaîne alimentaire des États-Unis a élaboré, de concert avec l'*American Cancer Institute*, le programme *Eat For Health*. Dans le cadre de ce programme, on se sert des étiquettes d'étalage pour désigner ceux qui ont une basse teneur en calories, en matières grasses, en cholestérol et en sodium et qui sont une bonne source de fibres alimentaires. L'évaluation du programme a révélé que les ventes d'aliments ayant des étiquettes d'étalage avaient augmenté de 4 à 8 p. 100 en deux ans par rapport aux chiffres de vente des mêmes produits dans les supermarchés où le programme n'était pas en vigueur (Levy *et al.*, 1985). D'autres études ont permis de conclure que les programmes d'information en nutrition dans les supermarchés peuvent inciter les consommateurs à choisir des aliments plus sains (Mullis *et al.*, 1987; Glascoff *et al.*, 1986). Un bon nombre des programmes en magasin ont été élaboré avec l'aide de l'*U.S. Food and Drug Administration*, qui a juridiction sur l'étiquetage des étalages (Pennington *et al.*, 1988).

Un récent examen des programmes d'information en nutrition dans les supermarchés des États-Unis (Light *et al.*, 1989) a permis d'identifier les éléments d'un programme réussi, c'est-à-dire :

- les messages sont d'intérêt pour les consommateurs;

- des étiquettes d'étalage indiquent aux consommateurs les aliments sains;
- l'information est pratique et provient de sources sûres;
- le programme est très visible et se distingue nettement de la publicité associée aux aliments;
- la sensibilisation au programme se fait par l'entremise des médias et des contacts dans la collectivité;
- le programme dure au moins un an;
- de bons rapports de travail sont entretenus avec les membres du personnel du supermarché.

> Le CCMA recommande que des programmes d'intervention en nutrition dans les supermarchés soient élaborés et évalués à titre de moyen de mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

### Restaurants

En 1988, les Canadiens ont dépensé environ 39 p. 100 de leurs dollars consacrés à l'achat de nourriture sur des repas pris à l'extérieur de la maison (restaurants, cafétérias et autres types de services alimentaires); en 1986, ce chiffre était de 35,5 p. 100 (Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires, 1989). Ainsi, les restaurants constituent un point stratégique pour la mise sur pied de programmes d'intervention en nutrition. On a pu trouver qu'une seule évaluation parue d'un tel programme dans un restaurant au Canada (Forster-Coull et Gillis, 1988).

La Nova Scotia Heart Foundation a mis sur pied un projet de démonstration qui a duré six semaines dans 21 restaurants d'Halifax. Les aliments au menu à basse teneur en lipides, en sel et en sucre, selon les Recommandations sur la nutrition pour les Canadiens de 1977, étaient signalés par un auto-collant en forme de coeur. Le programme comprenait également des ajouts au menu, des cartes-chevalets, des feuilles d'information à l'intention du personnel de service, des dépliants publicitaires aux fins de distribution dans la collectivité et des certificats à l'intention des restaurants participants. Les donnés compilées avant et après le programme auprès des clients des restaurants ont révélé une augmentation, en raison du programme, de la sélection d'aliments bons pour le coeur. On a également trouvé que les autocollants apposés directement au menu sont plus efficaces que les ajouts au menu pour inciter les consommateurs à choisir des aliments sains. À l'issue du programme, 70 p. 100 des clients interrogés étaient capables de nommer une des caractéristiques des aliments bons pour le coeur et 69 p. 100 pouvaient nommer au moins un des plats sains offerts au menu. Dans l'ensemble, la direction et le personnel des restaurants étaient satisfaits du programme et trouvaient qu'ils répondaient aux besoins des consommateurs. Ils ont également déclaré préférer les auto-collants et les cartes-chevalets aux insertions au menu comme méthode de diffusion de l'information.

À Kamloops, en Colombie-Britannique, il existe un guide des restaurants dont le menu est plus sain; il a été mis au point dans le cadre d'un projet d'intervention communautaire auquel ont participé les divisions locales de la Fondation canadienne des maladies du coeur, de la Société canadienne du cancer, de l'Association canadienne des restaurateurs et des services de l'alimentation et la Chambre de commerce (Kalina, 1989). Le service de santé de la région d'Ottawa-Carleton a mis au point un guide semblable dans le cadre du programme *Heart Beat*. Par ailleurs, la Fondation canadienne des maladies du coeur a mis au point un programme visant à aider les clients de restaurants à choisir des plats sains. Étant donné que ce programme a été créé en 1989, les données d'évaluation ne sont pas encore disponibles.

Une étude faite aux États-Unis (Wilbur *et al.*, 1981) a mesuré l'impact de l'information nutritionnelle sur la vente d'aliments à basse teneur en calories dans les distributrices. Les résultats de cette étude ont révélé que dans les distributrices où était affichée de l'information nutritionnelle (graphiques en couleurs et information sur la teneur en calories), le volume des ventes de produits à basse teneur en calories était nettement supérieur à celui des distributrices où ce type d'information n'était pas donné.

**Le CCMA fait les recommandations suivantes au secteur des services alimentaires :**

G1 Élaborer une politique qui fait de la nutrition un facteur déterminant dans l'achat des aliments et la mise au point de produits.

G6 Sensibiliser les chefs, les cuisiniers, les serveurs et les autres membres du personnel des services alimentaires à la nutrition pour les aider à mettre en application les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

G7 Inclure des cours sur la nutrition dans les programmes officiels de formation des cadres de services alimentaires, des chefs, des cuisiniers, etc.

G8 Fournir aux consommateurs de l'information sur la valeur nutritive des aliments qui leur sont servis.

G9 Utiliser des menus et du matériel promotionnel visant à encourager les gens à faire des choix selon les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

G11 S'associer aux initiatives intersectorielles visant l'élaboration de lignes directrices pour la diffusion, au moment de la vente des produits alimentaires, de renseignements relatifs à la santé.

## Programmes médiatiques

Bien que des études à cet égard aient montré que les campagnes médiatiques peuvent servir à enrichir les connaissances du public sur la nutrition (Axelson et Del Campo, 1978), elles sont surtout efficaces au niveau de la sensibilisation au changement de comportement (Flay *et al.*, 1980). Il a été établi que les campagnes télédiffusées associées au soutien de l'entourage sont aussi efficaces que les programmes d'intervention individuelle pour modifier le comportement à l'égard de la santé (Flay, 1987; Kristiansson, 1981).

Plusieurs études faites au Canada ont révélé que les médias (télévision, radio, revues et journaux) sont les principales sources d'information nutritionnelle que consultent les consommateurs (Sullivan et Schwartz, 1981; Zibrik *et al.*, 1981; Woolcott, 1983; Lambert-Lagace, 1983; FCPA, 1988; Woolcott *et al.* 1988). Les médias offrent la possibilité de rejoindre un public très nombreux à un coût modique. Toutefois, certains s'inquiètent du fait que les consommateurs sont souvent mal informés sur la nutrition par les médias. D'un autre côté, les médias sont un moyen très efficace de diffuser des messages corrects sur la santé et la nutrition et les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux s'en servent de plus en plus à cette fin.

Santé et Bien-être social Canada (1982b) a procédé à l'évaluation de la campagne médiatique nationale intitulée *Eat Better, Feel Great/Mangez mieux, vous irez mieux*, qui avait été conçue pour encourager les adultes à adopter de façon permanente des bonnes habitudes alimentaires, conformes aux Recommandations alimentaires de 1977. La campagne comprenait à la fois des annonces diffusées à la télévision et des encarts dans des revues à l'intention des consommateurs. La campagne mettait l'accent principalement sur trois messages : *la variété, l'équilibre énergétique et la modération*. Bien que les consommateurs aient déclaré être plus conscients de ces notions à l'issue de la campagne, il est difficile de tirer des conclusions de l'évaluation qui en a été faite puisque 45 p. 100 des personnes interrogées ont déclaré avoir vu, entendu ou lu quelque chose au sujet du programme avant même qu'il ne soit mis sur pied. Après l'ouverture de la campagne, le taux de sensibilisation est passé à 50 p. 100, puis après quatre mois à 58 p. 100. Une des conclusions qui a pu néanmoins être tirée de cette expérience est que les Recommandations alimentaires de 1977 sont exprimées en termes généraux plutôt qu'opérationnels.

Plusieurs gouvernements provinciaux (dont celui du Québec, de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et de l'Ontario) ont financé des campagnes médiatiques visant à diffuser des

messages portant sur l'alimentation et la santé. PARTICIPaction a récemment inclus un volet nutrition dans ses campagnes médiatiques, établissant ainsi le rapport entre l'activité physique et l'alimentation comme source de santé (Davis, 1987). Il a été impossible de trouver des données d'évaluation de ces campagnes dans les documents disponibles.

L'Association canadienne des diététistes organise chaque année depuis neuf ans une campagne de promotion nutritionnelle intitulée *Mangez mieux, c'est meilleur*. D'après les données d'évaluation de cette campagne (Association canadienne des diététistes, 1989), les Canadiens sont de plus en plus conscients des messages sur l'alimentation saine qui leur sont adressés lors de ces campagnes médiatiques ainsi que du rôle des diététistes à titre de source sûre d'information sur la nutrition. En 1988, on a profité de la campagne *Mangez mieux, c'est meilleur* pour transmettre avec succès des messages sur le poids-santé et sur l'indice de masse corporelle (IMC) comme mesure étalon du poids corporel. La campagne a par ailleurs été un effort conjoint couronné de succès de l'ACD, du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, qui a élaboré la stratégie de promotion du poids-santé, et du secteur privé, qui a commandité plusieurs volets de la campagne.

En 1989, la Société canadienne du cancer a lancé une campagne intitulée « La prévention du cancer — chacun peut faire sa part » dans le cadre de laquelle il est question des facteurs de risque alimentaire associés au cancer. Les données d'évaluation de cette campagne n'ont pas encore paru.

> Le CCMA recommande que des stratégies médiatiques soient incorporées aux programmes d'intervention globale visant à promouvoir auprès du public la connaissance et l'adoption des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

Bien que les documents canadiens sur le sujet soient rares, il a été prouvé que la publicité a une influence considérable sur le choix d'aliments des consommateurs. Un rapport qui a paru récemment (Goddard, 1988) a révélé que le volume des ventes de beurre et de lait augmentait durant les campagnes publicitaires préconisant ces produits. De même, on peut supposer qu'une publicité accrue des alimentats qui sont compatibles avec les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes pourrait occasionner une augmentation des ventes et de la consommation de ces denrées, ce qui serait à l'avantage tant des fabricants que des consommateurs.

Les règlements du gouvernement en vigueur limitent l'association par les entreprises commerciales d'information sur la santé à des aliments spécifiques. Par exemple, il est interdit d'associer des aliments aux maladies listées à l'annexe A de la Loi sur les aliments et les drogues. Bien que la publicité soit susceptible de jouer un rôle important au niveau de la communication de messages sur la nutrition au public, ce n'est pas le cas à l'heure actuelle. En raison de l'intérêt exprimé par les consommateurs pour la nutrition et l'alimentation (FCPA, 1988; 1989), on se sert de plus en plus des aspects nutritifs pour mousser la vente des produits alimentaires. On peut supposer que ce secteur jouera éventuellement un rôle plus important au niveau de la communication aux consommateurs de messages nutritionnels, y compris les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

> Le CCMA recommande qu'un examen des contraintes imposées par les lois et règlements à l'industrie alimentaire sur le contenu nutritionnel de son matériel publicitaire, promotionnel et éducatif soit entrepris et que des modifications nécessaires y soient apportées afin de permettre la promotion des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

À l'occasion de campagnes très controversées au Canada et aux États-Unis, la compagnie Kellogg's s'est joint à la Société canadienne du cancer et au National Cancer Institute afin de diffuser leurs lignes directrices sur l'alimentation et la prévention du cancer sur les boîtes de céréales de son ainsi que dans les publicités de produits Kellogg's. Les évaluations entreprises dans les deux pays (Moyer, 1989; Freimuth *et al.*, 1988) ont révélé que ces campagnes avaient eu des

conséquences positives sur les connaissances et le comportement des consommateurs à l'égard de la consommation de fibres alimentaires. Les campagnes ont rendu le fabricant de céréales plus crédible et ont permis de diffuser à grande échelle un message sur la santé et l'alimentation. La controverse a résulté de l'association du lien entre l'alimentation et la santé à un produit alimentaire précis. Tant les régulateurs canadiens qu'américains étaient d'avis que la campagne allait à l'encontre des lois en vigueur. D'où le besoin d'élaborer des lignes directrices qui permettraient aux fabricants de diffuser de l'information sur la nutrition et la santé dans le cadre de leurs programmes publicitaires sans pour autant tromper le public.

**Le CCMA recommande à l'industrie alimentaire de mettre en action les propositions suivantes afin de promouvoir les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes :**

F5 Mener des campagnes de promotion en matière de nutrition qui sont en accord avec les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

F6 Appuyer les efforts des organismes oeuvrant dans les domaines de la santé ou de la nutrition qui diffusent les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

F7 Participer activement aux activités de promotion et d'éducation en matière de nutrition avec les professionnels de la santé et les organismes non gouvernementaux.

F10 Se servir des étiquettes et des annonces publicitaires pour recommander la consommation de portions plus petites d'aliments riches en matières grasses.

F11 Utiliser des produits contenant peu de matières grasses dans les recettes données sur les étiquettes ou dans la publicité, ainsi que dans les menus et les présentations proposées.

F12 S'associer aux initiatives intersectorielles visant l'élaboration de lignes directrices pour la diffusion, au moment de la vente de produits alimentaires, de renseignements relatifs à la santé.

## Programmes communautaires

La parution des résultats de l'étude sur les maladies coronariennes faite par sept pays au début des années 1970 (Keys, 1970) a provoqué un essor d'intérêt international pour les programmes d'intervention communautaire d'application générale visant à prévenir les maladies chroniques. Les programmes d'intervention communautaire pour la prévention des maladies coronariennes ont été mis sur pied en Europe et aux États-Unis et on parle maintenant de s'en servir comme modèles pour la mise en oeuvre de programmes semblables au Canada (Santé et Bien-être social Canada, 1987).

On considère que les maladies coronariennes ont une étiologie multifactorielle, mais que les facteurs alimentaires contribuent considérablement au risque. Ainsi, la plupart des programmes communautaires de promotion de la santé cardiovasculaire comprennent une composante nutritionnelle en plus de mesures concernant le contrôle de l'usage du tabac et la détection et le contrôle de l'hypercholestérolémie et de l'hypertension artérielle. Le Groupe de travail sur la prévention et le contrôle des maladies cardiovasculaires (Santé et Bien-être social Canada, 1987) a convenu de l'importance fondamentale d'habitudes alimentaires saines pour prévenir efficacement les maladies cardiovasculaires.

Les programmes de prévention des maladies coronariennes les mieux connus, qu'ils soient terminés ou en cours, sont les suivants : North Karelia (Finlande) [Puska, 1985], Californie [Maccoby *et al.*, 1977; Farquahar *et al.*, 1984], Minnesota [Mittelmark *et al.*, 1986] et Pawtucket

(Rhode Island) [Elder *et al.*, 1986]. D'autres exemples de programmes d'intervention communautaire mis sur pied ailleurs qu'au Canada sont ceux du Maryland (Buxton et Pfeffer, 1987), de la Pennsylvanie (Felix *et al.*, 1985), du Vermont (Thompson *et al.*, 1987) et du Pays de Galles (Nutbeam et Catford, 1987). Pour tous ces programmes d'intervention à grande échelle, l'approche est double : d'une part, une approche axée sur l'ensemble de la population, qui vise à prévenir les maladies cardiovasculaires en réduisant les facteurs de risque pour l'ensemble de la population, et d'autre part, une approche axée sur la population à risque, visant les sous-groupes de la population qui sont le plus menacés par les maladies cardiovasculaires.

Les approches communautaires utilisées pour la promotion de la santé cardiovasculaire s'intéressent à des facteurs de risque multiples (dont la nutrition), emploient diverses stratégies, tentent d'avoir un impact à plusieurs niveaux de la communauté, opèrent à divers endroits (voie de communication et de programmation) et recherchent la participation d'un grand nombre d'organismes (dont des organismes privés, publics et bénévoles) à titre de collaborateurs. L'éducation des adultes et des jeunes, la formation des professionnels, les campagnes médiatiques, la création d'un environnement propice (dont des lois), le développement des habiletés individuelles à former et à évaluer les risques multiples, et l'évaluation des facteurs de risque font partie des stratégies employées.

Étant donné que la prévention des maladies coronariennes est un effort communautaire, les programmes d'intervention opèrent à plusieurs niveaux. Ces programmes visent principalement à modifier le comportement individuel. Néanmoins, il est reconnu que la modification du comportement à grande échelle nécessite la création d'environnements qui se prêtent à l'adoption d'un comportement sain. Par exemple, dans le cadre du Pawtucket Heart Health Program, on avait identifié que dans le cadre des programmes d'intervention des changements devaient être apportés aux normes et aux structures au niveau communautaire, aux politiques et aux structures au niveau organisationnel, aux réseaux sociaux au niveau collectif et au comportement au niveau individuel (Lefebvre *et al.*, 1987).

Dans le contexte de l'orientation à plusieurs niveaux, les programmes d'intervention communautaire organisent grâce aux médias des activités à différents endroits — dans les écoles, en milieu de travail, dans les centres communautaires, dans les studios de santé et chez les détaillants. Une stratégie de programmation aussi diversifée permet de rejoindre les gens alors qu'ils vaquent à leurs activités quotidiennes et de créer des environnements propices à une saine alimentation. Le Minnesota Heart Health Project a mis au point un programme d'intervention visant à promouvoir des pratiques alimentaires saines au moyen de stratégies environnementales (Glanz et Mullis, 1988). Celles-ci portaient entre autres sur l'approvisionnement alimentaire, les points de vente et les politiques de nutrition en milieu de travail.

Les interventions qui touchent à la fois les particuliers et l'environnement sont conformes aux principes de la théorie d'apprentissage social et cognitif (Bandura, 1977, 1986) et aux orientations politiques récentes du gouvernement fédéral (Santé et Bien-être social Canada, 1986; Organisation mondiale de la santé, 1986) qui envisagent la promotion de la santé dans une vaste perspective écologique et structuraliste.

Les projets communautaires de promotion de la santé cardiaque tirent également parti des ressources existantes et recherchent la participation des organismes de la communauté. En fait, le développement communautaire et la planification concertée ont été des éléments essentiels des programmes d'intervention communautaires précités.

Vu la nature quasi expérimentale des recherches-actions à grande échelle qui visent à évaluer les programmes d'intervention communautaires en santé cardiovasculaire, il est impossible de se prononcer quant à l'efficacité de l'approche communautaire pour changer le comportement alimentaire (Salonen, 1987; Leventhal *et al.*, 1980). Cependant, dans le cadre du projet de North Karelia, on a observé une diminution nette, en dix ans, de la consommation

d'acides gras saturés provenant du lait et des tartinades (20 p. 100 chez les hommes et 14 chez les femmes) par rapport à un échantillon de contrôle (Pietinen *et al.*, 1988). Une amélioration des profils de facteur de risque et une diminution de la consommation de lipides ont également été observées dans le cadre de la Stanford Three Community Study après deux ans de suivi (Farquahar *et al.*, 1977). Les projets Minnesota, Pawtucket et Stanford Five Cities n'ont pas encore publié de résultats sur l'impact global des campagnes entreprises tant sur le risque de maladies coronariennes que sur l'incidence de certains facteurs de risque.

L'efficacité de l'approche communautaire en promotion de la santé n'a pas fait l'objet d'évaluations suffisantes. Néanmoins, il semble qu'il s'agit là de l'approche qui soit adoptée le plus fréquemment, à cause des résultats d'évaluations connus à l'heure actuelle, et pour les raisons théoriques présentées. Il ne semble pas qu'un seul type de programme d'intervention suffise à occasionner les changements nécessaires à la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes. Vu la nature très complexe de la nutrition et de l'activité alimentaire — production, commercialisation, achat, préparation et consommation — il semble qu'une approche globale soit nécessaire. Les programmes communautaires de prévention des maladies coronariennes constituent un modèle de programmes d'intervention en nutrition qui pourraient permettre de prévenir différentes maladies et servir à promouvoir la santé.

A5 Le CCMA recommande de mettre sur pied des mécanismes de concertation intersectorielle pour l'élaboration de programmes communautaires de nutrition visant à promouvoir et à appuyer l'application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes, qui incluraient des interventions en milieu scolaire et en milieu de travail, dans les médias, les restaurants et les magasins d'alimentation.

**Le CCMA fait les recommandations suivantes au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social :**

B14 Financer des projets communautaires en matière de nutrition en allouant des ressources suffisantes pour les grands projets pilotes en nutrition, les petites innovations et le transfert des programmes efficaces à d'autres collectivités et organismes.

B15 En collaboration avec les provinces et les territoires, élaborer des systèmes pour appuyer l'action communautaire dans le domaine de la nutrition notamment, des subventions d'encouragement, des services de formation et de consultation, des mécanismes de communication.

En résumé, pour provoquer une modification durable du comportement alimentaire des Canadiens conformément aux Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes, on devra déployer des efforts dans chacun des lieux susmentionnés, en ayant recours à des méthodes dont l'efficacité a été démontrée. Le CCMA reconnaît l'importance d'efforts coordonnés et conjoints qui engageront les professionnels autant que le public à agir en fonction des Recommandations. Le Comité convient également de la nécessité de l'intervention de nombreux partenaires pour la planification, la coordination, la mise en oeuvre et le financement des programmes d'intervention recommandés dans le présent rapport.

**Le CCMA fait les recommandations suivantes au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social :**

B1 Prendre en charge la coordination, au niveau national, de la mise en application des recommandations contenues dans le *Rapport du Comité des communications et de la mise en application.*

B2 Établir un groupe de coordination intersectorielle pour la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes. Ce groupe relèverait du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social et devrait être constitué de représentants des organismes professionnels oeuvrant dans les domaines de la nutrition et de la santé, de l'industrie alimentaire et des industries connexes, des organismes non gouvernementaux, d'autres ministères et du public.

**Le CCMA fait les recommandations suivantes aux gouvernements provinciaux, territoriaux et municipaux :**

C1 Se charger de la coordination au niveau provincial, territorial et municipal de la mise en application des recommandations contenues dans le *Rapport du Comité des communications et de la mise en application.*

C2 Établir un groupe de coordination intersectorielle pour la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes. Le groupe doit être composé de représentants des organismes professionnels oeuvrant dans les domaines de la nutrition et de la santé, de l'industrie alimentaire et des industries connexes, des organismes non gouvernementaux et d'autres ministères ainsi que du public.

Des recherches supplémentaires devront être faites pour définir les méthodes les plus efficaces de mise en oeuvre des programmes d'intervention en nutrition dans un contexte canadien et pour procéder à l'évaluation des programmes actuels. Pour évaluer le degré de connaissance et de conformité par rapport aux Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes, il sera nécessaire que tous les paliers de gouvernement, le secteur privé et les organismes non gouvernementaux du domaine de la santé financent et appuient la recherche.

**Le CCMA fait les recommandations suivantes au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social :**

B18 Encourager l'évaluation de programmes de promotion en matière de nutrition et de santé par la création de programmes de financement.

B19 Évaluer dans quelle mesure les programmes d'étiquetage nutritionnel aident le public à se conformer aux Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes. Procéder aux révisions nécessaires.

B20 Mettre au point un protocole pouvant être utilisé par les différents secteurs afin de vérifier régulièrement si le public est au courant des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes, et s'il s'y conforme.

B21 S'occuper activement de la diffusion et de la publication des résultats de recherches et de leurs répercussions afin de faciliter la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

B22 Par le biais du Programme national de recherche et de développement en matière de santé, financer des recherches en nutrition afin de faciliter la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

De même, le CCMA fait les recommandations suivantes aux gouvernements provinciaux, territoriaux et municipaux, qui doivent déployer des efforts semblables :

C9 Encourager l'évaluation de programmes de promotion en matière de nutrition et de santé par la création de programmes de financement.

C10 Encourager la création d'octrois pour financer la recherche en vue de favoriser la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

# 10.
# Politique en matière de nutrition et politique publique favorisant la santé

Le Canada, tant au niveau national qu'international, assume un rôle d'avant-garde en matière de promotion de la santé (Spasoff, 1989). Trois énoncés de politique principaux font état des efforts du gouvernement à cet égard : *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* (Santé et Bien-être social Canada, 1974), *La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* (Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada, Association canadienne d'hygiène publique, 1986) et *La santé pour tous* (Santé et Bien-être social Canada, 1986). À l'occasion de la deuxième conférence internationale sur la promotion de la santé (Organisation mondiale de la santé, gouvernement de l'Australie, 1988), il fut recommandé que l'élaboration d'une politique en matière de nutrition et d'alimentation, intégrant les aspects agricoles, économiques et environnementaux, constitue une priorité pour tous les gouvernements. Selon Spasoff (1989), la nutrition est le domaine idéal pour démontrer les principes d'une politique en matière de santé publique et de promotion de santé. Le rapport du Comité des communications et de la mise en application trace la voie pour une politique de santé publique en matière de nutrition. La première étape de l'élaboration de ce type de politique est de fixer des objectifs en matière de nutrition et d'alimentation. Les Recommandations sur la nutrition du CSR, et leur adaptation sous forme de Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes, fixe des objectifs nutritionnels pour les Canadiens. De nombreux partenaires, anciens et nouveaux, de différents milieux, doivent participer à l'élaboration et à la mise en application d'une politique de santé publique en matière de nutrition (Knox, 1989). L'appel à l'action du CCMA est le résultat de consultations auprès de nombreux partenaires qui partagent la responsabilité de la formulation et de la mise en application des recommandations.

Le Comité des communications et de la mise en application a fait ressortir le besoin d'action et de politiques en matière de nutrition dans tous les secteurs. Les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et municipaux doivent instituer des politiques en matière de nutrition dans des endroits tels que les écoles et les lieux de travail. L'industrie de l'alimentation et de la restauration doit établir des politiques qui encouragent la production et la mise en marché d'une vaste gamme d'aliments, conformément aux Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes. Les nutritionnistes et autres professionnels de la santé ainsi que leurs associations, de même que les consommateurs, devraient participer activement en instaurant et appuyant des politiques en matière de nutrition à tous les niveaux. On devrait également adopter des règlements à l'appui de la politique de santé publique (Hopkins, 1989). Le Comité des communications et de la mise en application a formulé plusieurs recommandations touchant des règlements, dans le but d'appuyer la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

B5 Encourager et coordonner le travail des gouvernements aux niveaux fédéral, provincial, territorial et municipal en ce qui concerne l'élaboration d'une politique coordonnée en matière de nutrition et d'alimentation, qui fasse le lien entre les questions de nutrition et de santé et les secteurs de l'agriculture, de l'éducation, des pêches, de la condition physique, des services sociaux, de l'environnement et d'autres domaines connexes.

Dans le but de faciliter l'élaboration de politiques et de programmes coordonnés au niveau national,

**le CCMA fait les recommandations suivantes au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social :**

B6 Renforcer la communication et la collaboration en ce qui concerne l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques et de programmes en matière de nutrition et de santé, au sein du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

B7 Renforcer la communication et la coordination à propos des question de nutrition et d'alimentation entre les ministères de la Santé nationale et du Bien-être social, de l'Agriculture, de la Consommation et des Corporations, des Pêches et des Océans, et de la Défense nationale.

B8 Examiner et, au besoin, réviser les politiques gouvernementales dans des domaines comme le libre-échange, la réforme de la taxe de vente, l'étude des pesticides, le prix des denrées alimentaires et l'utilisation du sol, afin d'appuyer la mise en application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

# 11. Conclusions

Le Canada a la possibilité de jouer un rôle considérable pour améliorer la santé publique dans les années 1990 grâce à ses Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes. Des mesures importantes doivent être prises en vue de réduire les écarts entre les pratiques estimées de consommation d'aliments et les pratiques recommandées dans les Recommandations sur la nutrition, reformulées sous forme de Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes. Il semble que certains Canadiens ont déjà commencé à modifier leurs habitudes alimentaires dans le sens des Recommandations et qu'il existe un grand intérêt pour la nutrition. Il n'en reste pas moins que des efforts additionnels doivent être déployés pour amener davantage de Canadiens à suivre les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes afin d'améliorer et de conserver leur santé tout en réduisant le risque de maladies liées à l'alimentation.

La communication et la mise en application des Recommandations supposent des stratégies et des partenaires nombreux. Au chapitre des stratégies de mise en application, on peut citer :

- l'élaboration de politiques concernant la nutrition et les aliments;
- la collaboration et la concertation entre les nombreux partenaires;
- l'élaboration de programmes d'intervention nutritionnelle multisectoriels et communautaires;
- la création de milieux favorables dans des endroits comme les écoles, les lieux de travail, les restaurants et les supermarchés, par la modification des lois et des politiques quand il y a lieu;
- l'intensification de la recherche et de la surveillance dans le domaine de la nutrition.

Les partenaires clés pour la mise en application des Recommandations sont les gouvernements aux niveaux fédéral, provincial, territorial et municipal, l'industrie de l'alimentation et de la restauration, les nutritionnistes et autres professionnels de la santé et leurs associations, les organismes non gouvernementaux et le public. L'appel à l'action lancé à ces secteurs comprend notamment :

A1 Mettre en oeuvre une politique nationale coordonnée en matière de nutrition et d'alimentation qui fasse le lien entre les questions de nutrition et de santé et les secteurs de l'agriculture, de l'éducation, de la condition physique, des pêches, des services sociaux, de l'environnement et d'autres domaines connexes.

A2 Adopter les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes et les faire connaître comme étant les seules recommandations en matière de nutrition qui doivent être communiquées aux personnes en santé âgées de plus de deux ans, et mises en application par celles-ci.

A3 Intégrer les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes dans les programmes de nutrition et le matériel connexe.

A4 Créer et maintenir des programmes de nutrition sélectifs et élaborer le matériel nécessaire pour répondre aux besoins de la population, en tenant compte de ses caractéristiques socio-démographiques et culturelles.

| | |
|---|---|
| A5 | Mettre sur pied des mécanismes de concertation intersectorielle pour l'élaboration de programmes communautaires de nutrition visant à promouvoir et à appuyer l'application des Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes, qui incluraient des interventions en milieu scolaire et en milieu de travail, dans les médias, les restaurants et les magasins d'alimentation. |
| A6 | Rechercher la collaboration des divers secteurs pour élaborer des directives sur la diffusion, au moment de la vente de produits alimentaires, de renseignements relatifs a la santé. |
| A7 | Intensifier la recherche et appuyer un système national de connaissance et de surveillance dans le domaine de la nutrition. |
| A8 | Réviser les Recommandations sur la nutrition et les stratégies de communication et de mise en application tous les cinq ans. |

# 12. Bibliographie


Adrian, M., Jull, P., et Williams, R. 1989. *Statistics on Alcohol and Drug Use in Canada and Other Countries, Data Available by 1988. Volume I : Statistics on Alcohol Use.* Toronto : Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie.

American Dietetic Association, Society for Nutrition Education, U.S. Department of Health and Human Services. 1986. *Worksite Nutrition : A Decision-Maker's Guide.* Chicago : ADA.

Anderson, D. et Reddin, E. 1982. *Adolescents and their Food : Changes Through Nutrition Education and School Lunch.* Charlottetown, P.E.I. : Department of Home Economics, University of Prince Edward Island.

Association canadienne d'éducation. 1989. *L'école et le pain quotidien : Les programmes alimentaires et la saine alimentation dans les écoles du Canada.* Toronto : Association canadienne d'éducation.

Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires. 1988. *Food Services Facts.* Toronto : Association canadienne des restaurateurs et des services de l'alimentation.

Association des hôpitaux du Canada. 1987. *Health Promotion in Canadian Hospitals : A Study Conducted by the Canadian Hospital Association.* Ottawa : Association des hôpitaux du Canada.

Axelson, J.M. et Del Campo, D. 1978. « Improving Teenagers' Nutrition Knowledge Through Mass Media. » *Journal of Nutrition Education* 10 : 30-33.

Bandura, A. 1977. *Social Learning Theory.* Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.

Bandura, A. 1986. *Social Foundations of Thought and Action.* Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.

Bly, J.L., Jones, R.C. et Richardson, J.E. 1986. « Impact of Worksite Health Promotion on Health Care Costs and Utilization. » Evaluation of Johnson and Johnson's Live for Life Program. *Journal of the American Medical Association* 256 : 3235-3240.

British Columbia Ministry of Health. 1988. *School Food : Giving Students a Better Break.* Victoria : Ministry of Health.

Buffam, D. 1988. *Take Heart : Worksite Heart Health in Action.* Red Deer, Alberta : Red Deer Health Unit.

Buxton, T., et Pfeffer, J., 1987. « The Healthy People Maryland Project : Reducing the Risk of Heart Disease in Maryland. » *Journal of Public Health Policy* 8 : 475-491.

Calamai, P. 1987. *Broken Words : Why Five Million Canadians are Illiterate.* Toronto : Southam Newspaper Group.

Campbell, C., Katamay, S., et Connolly, C. 1988. « The Role of Nutrition Professionals in the Hunger Debate. » *Journal of the Canadian Dietetic Association* 49 : 230-235.

Connell, D.B., Turner, R.R. et Mason, E.F. 1985. « Summary of Findings of the School Health Education Evaluation : Health Promotion Effectiveness, Implementation, and Costs. » *Journal of School Health* 55 : 316-321.

Creative Research Group. 1989. *Les concepts nutritionnels : Comment les communiquer.* Rapport préparé pour Santé et Bien-être social Canada. Ottawa : Direction générale des services et de la promotion de la santé. (Non paru).

Cronier, C. 1987. *Nutrition Education in Schools of the Regional Municipality of Ottawa-Carleton : An Evaluation of Curricula Content and School Food Policies.* Ottawa : Service de santé d'Ottawa-Carleton.

Davey, B.H. 1987. « Les retombées de l'évolution structurelle de la société canadienne sur l'alimentation. » *Revue du marché alimentaire* 9(2) : 17-24.

Davis, B. 1987. « PARTICIPaction Adds a Taste of Nutrition. » *Journal of the Canadian Dietetic Association* 48 : 239-242.

Davis, B. 1989. « Community Nutrition in Canada : An Overview. » *Journal of the Canadian Dietetic Association* 50 : 85-88.

Davis, B. et Horgen, I. 1988. « Project Apex Pilot Test. » Présentation à l'occasion du congrès annuel de la Society for Nutrition Education, Toronto.

Eisler, C., Walsh, M.T. et Favora, E. 1985. « The Vancouver School Board Nutrition Policy : Progress to Date. » *Journal of the Canadian Dietetic Association* 46 : 64-66.

Elder, J.P., McGraw, S.A., Abrams, D.B., Ferreira, A., Lasater, T.M., Longpre, H., Peterson, G.S., Schwertfeger, R. et Carlton, R.A. 1986. « Organizational and Community Approaches to Community-wide Prevention of Heart Disease : The First Two Years of the Pawtucket Heart Health Program. » *Preventive Medicine* 15 : 107-117.

Enquête Condition physique Canada. 1983. *Condition physique et mode de vie au Canada*. Ottawa : Enquête Condition physique Canada.

Fabricants canadiens de produits alimentaires. 1979. *Food and Nutrition : Report on Survey of the Attitudes of Mothers*. Don Mills (Ontario) : Fabricants canadiens de produits alimentaires.

Fabricants canadiens de produits alimentaires. 1988. *Grocery Attitudes of Canadians 1988*. Don Mills (Ontario) : Fabricants canadiens de produits alimentaires.

Fabricants canadiens de produits alimentaires. 1989. *Grocery Attitudes of Canadians 1989*. Don Mills (Ontario) : Fabricants canadiens de produits alimentaires.

Farquahar, J.W., Maccoby, N., Wood, P.D., Alexander, J.K., Breitrose, H., Brown, B.W., Haskell, W.L., McAlister, A.L. Meyer, A.J., Nash, J. et Stern, M.P. 1977. « Community Education for Cardiovascular Health. » *The Lancet* 1 : 1192-1195.

Farquahar, J., Fortmann, S., Maccoby, N., *et al.* 1984. « The Stanford Five City Project : An Overview. » In *Settings for Health Promotion in Behavioural Health : A Handbook for Health Enhancement and Disease Prevention*, ed by S.Weiss. Silver Spring (Maryland) : John Wiley.

Sous-comité fédéral-provincial de la nutrition. 1981. Working paper on field-level nutrition positions in government public/community health services. *Journal of the Canadian Dietetic Association* 42 : 120-126.

Felix, M.R.J., Stunkard, A.J., Cohen, R.Y., et Cooley, N.B. 1985. « Health Promotion at the Workplace, Volume 1, A process for establishing programs. » *Preventive Medicine* 14 : 99-108.

Flay, B.R., DiTecco, D.,et Schlegel, R.P. 1980. « Mass Media in Health Promotion : An Analysis Using Extended Information-processing Model. » *Health Education Quarterly* 7 : 127-147.

Flay, B.R. 1987. « Mass Media and Smoking Cessation : A Critical Review. » *American Journal of Public Health* 77 : 153-160.

Forster-Coull, L. et Gillis, D. 1988. « A Nutrition Education Program for Restaurant Patrons. » *Journal of Nutrition Education* 20 : 22B-22C.

Foshee, V., McLeroy, K.R., Summer, S.K. et Bibeau, D.L. 1986. « Evaluation of Worksite Weight Loss Programs : A Review of Data and Issues. » *Journal of Nutrition Education* 18(suppl.) : 38-43.

Frankle, R.T., McIntosh, J., Bianchi, M., et Kane, J.E. 1986. « The Weight Watchers at Work Program. » *Journal of Nutrition Education* 18(suppl.) : 44-47.

Freimuth, V.S., Hammond, S.L. et Stein, J.A. 1988. « Health Advertising : Prevention for Profit. » *American Journal of Public Health* 78 : 557-561.

Gatchell, S. 1989. *Job satisfaction and self-perceived competence of Canadian public health nutritionists*. Master's Thesis, University of Guelph, Ontario.

Gilbert, R.M. 1981. « Caffeine : Overview and Anthology. » In *Nutrition and Behavior*. éd. par S.A. Miller, 145-166. Philadelphia : Franklin Institute Press.

Glanz, K., et Mullis, R. 1988. « Environmental Interventions to Promote Healthy Eating : A Review of Models, Programs and Evidence. » *Health Education Quarterly* 15 : 395-415.

Glascoff, M.A., Taylor, S., et Glascoff, D.W. 1986. « A Social Marketing Approach to Reducing Salt Intake. » *Health Education* 17(2) : 11-14.

Goddard, E.W. 1988. *The Impact of Selected Generic Advertising Programs in the Canadian Dairy Industry*. Guelph (Ontario) : University of Guelph, Department of Agricultural Economics and Business.

Hopkins, J.M. 1989. « La santé pour tous : Une perspective réglementaire . » *INN Rapport* 4(1) : 5.

Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. 1989. *Enquête Campbell sur le mieux-être au Canada*. Ottawa : Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie.

Institut national de la nutrition. 1987. « Caféine : Point de vue sur les inquiétudes qu'elle suscite actuellement. » *Le Point INN* #2.

Johannsen, E., Robbins, L., Hewston, G., Zafiriou, et Hunt, L. 1989. « Fondements démographiques et socioéconomiques de la demande alimentaire — Comment se présente l'avenir? » *Revue du marché alimentaire* 11(2) : 27-44.

Johnson, D.W. et Johnson, R.T. 1985. « Nutrition Education : A Model for Effectiveness, a Synthesis of Research. » *Journal of Nutrition Education* 17(suppl.)

Kalina, L. 1989. « Healthy Choices » : A Restaurant Guide for Healthy Eating in Kamloops (abstract). *Journal of the Canadian Dietetic Association* 50 : 186.

Kalina, L., O'Donnell, L, et Thibault, C. 1989. « Shop Smart Tours — Business Opportunity for the 1990's » (abstract). *Journal of the Canadian Dietetic Association* 50 : 187.

Kaufman, M. ed. 1982. *Personnel in Public Health for the 1980's*. MacLean, VA : Association of State and Territorial Health Officials Foundation.

Kaufman, M. 1986. « Preparing Public Health Professionals to Meet the Future. » *Journal of the American Dietetic Association* 86 : 511-514.

Kent, G. 1988. « Nutrition Education as an Instrument of Empowerment. » *Journal of Nutrition Education* 20 : 193-195.

Keys, A. 1970. « Coronary Heart Disease in Seven Countries. » *Circulation* 41(suppl. 1).

King, A.J.C., Robertson, A.S. et Warren, W.K. 1984. *Résumé — Études sur les connaissances en santé et sécurité au Canada : élèves âgés de 9, 12 et 15 ans(1982-83)*. Ottawa : Direction de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada.

King, A.J.C., Robertson, A.S. et Warren, W.K. 1986. *Résumé — Étude sur les attitudes et comportements des Canadiens en matière de santé : élèves âgés de 9, 12, 15 ans*. Ottawa : Direction de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada.

Knox, M.H. 1989. « Une politique de santé : De quoi s'agit-il? Pourquoi en parler maintenant? En quoi cela concerne-t-il la nutrition? » *INN Rapport* 4(1) : 1-2.

Kristiansson, K. 1981. « Multimedia Instruction : High Learning, Low Cost. » *Journal of Extension* 19 : 9-13.

Labonte, R. 1989. « Community Empowerments : The Need for Political Analysis. » *Canadian Journal of Public Health* 80 : 87-88.

Lambert-Lagace, L. 1983. « Media, Nutrition Information, and Consumer Reactions. » *Journal of Nutrition Education* 15 : 6-7.

La Rosa, J.H. Goor, R., et Haines, C.M. 1986. « National Cholesterol Education Program : Implications for the Workplace. » *Journal of Nutrition Education* 18(suppl.) : 50-53.

Latchford, L.M. 1986. *Food for Thought : A Report on Nutrition Education Programs in City of Toronto Schools*. Toronto : Educational Opportunity Fund.

Lefebvre, C.R., Lasater, T.M., Carleton, R.A. et Peterson, G. 1987. « Theory and Delivery of Health Programming in the

Community : The Pawtucket Heart Health Program. » *Preventive Medicine* 16 : 80-95.

Leventhal, H., Safer, M.A., Cleary, P.D. et Gutmann, M. 1980. « Cardiovascular Risk Modification by Community-based Programs for Lifestyle Change : Comments on the Stanford Study. » *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 48 : 150-158.

Levy, A.S., Mathews, O., Stephenson, M., Tenney, J.E. et Schucker, R.E. 1985. « The Impact of a Nutrition Information Program on Food Purchases. » *Journal of Public Policy Marketing* 4 : 1-13.

Liefeld, J.P. 1983. *Nutrition labelling and consumer behaviour : A review of the evidence*. Ottawa : Santé et Bien-être social Canada, Direction de la protection de la santé, Bureau des sciences de la nutrition. (Non paru).

Light, L., Portnoy, B., Blair, J.E. Smith, J.M. Rodgers, A.B. Tuckermanty, E., Tenney, J. et Mathews, O. 1989. « Nutrition Education in Supermarkets. » *Family and Community Health* 12(1) : 43-52.

Liston, A.J. 1989. « Nutrition and Free Trade. » Présentation à l'intention des membres de l'Institut national de santé, à l'occasion de leur assemblée annuelle tenue à Toronto au mois d'avril.

Maccoby, N., Farquahar, J.W., Wood, P.D. et Alexander, J. 1977. « Reducing the Risk of Cardiovascular Disease : Effects of a Community-based Campaign on Knowledge and Behaviour. » *Journal of Community Health* 3 : 100-114.

Maxwell, C. et Simkins, S. 1985. *Background Paper on Nutrition for the Disadvantaged*. Ottawa : Santé et Bien-être social Canada, Direction de la promotion de la santé.

McEwen, B.E. et Kieren, D.K. 1984. « Evaluation of the Nutrition at School Program : Teacher Involvement. » *Revue canadienne d'économie familiale* 34 : 102-108.

Mittelmark, M.B., Luepker, R.V., Jacobs, D.R., Bracht, N.F., Carlaw, R.W., Crow, R.S., Finnegan, J.M., Grimm, R.H., Jeffery, R.W., Kline, F.G., Mullis, R.M., Murray, D.M., Pechacek, T.F., Perry, C.L., Pirie, P.L. et Blackburn, H. 1986. « Community-wide Prevention of Cardiovascular Disease : Education Strategies of the Minnesota Heart Health Program. » *Preventive Medicine* 15 : 1-17.

Mongeau, E., Cambiotti, L.W., Gelinas, M.D., Ledoux, M. et Lambert, J. 1989. *Consommation de sodium dans une population adulte de Montréal*. (Non paru).

Moyer, C. 1989. « A Report of a Nutrition Education Program. » *Proceedings of the First National Conference on Diet and Cancer*, 1987. Toronto : Société canadienne du cancer.

Muller, T.E. 1984. « The Use of Nutritive Composition Data at the Point of Purchase. » *Journal of Nutrition Education* 16 : 137-141.

Muller, T.E. 1985. « Structural Information Factors which Stimulate the Use of Nutrition Information in a Field Experiment. » *Journal of Marketing Research* 22 : 143-157.

Mullis, R.M., Hunt, M.K., Foster, M., Hachfeld, L., Lansing, D., Snyder, P. et Pirie, P. 1987. « The Shop Smart for Your Heart Grocery Program. » *Journal of Nutrition Education* 19 : 225-228.

Murray, T.K. et Rae, J.R. 1979. « Nutrition Recommendations for Canadians. » *Journal de l'Association médicale canadienne* 120 : 1241-1242.

Myres, A.W. et Kroetsch, D. 1978. « The Influence of Family Income on Food Consumption Patterns and Nutrient Intake in Canada. » *Canadian Journal of Public Health* 69 : 208-221.

Nelson, D.J., Senneh, L., Lefebvre, R.C. Loiselle, L., McClements, L. et Carlton, R.A. 1987. « A Campaign Strategy for Weight Loss at Worksites. » *Health Education Research, Theory and Practice* 2 : 27-31.

Nova Scotia Department of Health and Department of National Health and Welfare. 1987. *Report of the Nova Scotia Heart Health Survey*. Halifax : Nova Scotia Department of Health.

Nova Scotia Department of Health. 1989 (rev). *Guidelines on the Sale of Foods in Nova Scotia Schools*. Halifax : Nova Scotia Department of Health.

Nova Scotia Nutrition Council. 1988. *How do the Poor Afford to Eat? An Examination of Social Assistance Food Rates in Nova Scotia*. Halifax : Nova Scotia Nutrition Council.

Nutbeam, D. et Catford, J. 1987. « The Welsh Heart Programme Evaluation Strategy : Progress Plans and Possibilities. » *Health Promotion* 2 : 5-18.

O'Loughlin, J., Boivin, J-F., et Suissa, S. 1988. « A Survey of Worksite Health Promotion in Montreal. » *Canadian Journal of Public Health* 79(suppl. 1) : 5-10.

Ontario Ministry of Health. 1976. *A Working Paper on School Food Services*. Toronto : Ontario Ministry of Health.

Pennington, J., Wisniowski, L., et Logan, L. 1988. « In-store Nutrition Information Programs. » *Journal of Nutrition Education* 20 : 5-10.

Peterson, R.D. 1984. « Survey Results of Consumer Understanding and Usage of Nutrition Labels on Ready-to-eat Breakfast Cereals in Canada. » *Journal of the Canadian Dietetic Association* 45 : 344-349.

Peterson, G.S., Lefebvre, R.C., Ferreira, A., *et al.* 1986. « Strategies for Cholesterol Lowering at the Worksite. » *Journal of Nutrition Education* 18(suppl.) : 54-57.

Pietinen, P., Nissinen, A., Vartiainen, E. *et al.* 1988. « Dietary Changes in the North Karelia Project (1972-1982). » *Preventive Medicine* 17 : 183-193.

Powell, M. 1988. « Stimuler la participation du public. » *Promotion de la santé* 27(2) : 5-8.

Puska, P.P., Nissinen, A., Tuomilehto, J. *et al.* 1985. « The Community-based Strategy to Prevent Coronary Heart Disease : Conclusions from the Ten Years of the North Karelia Project. » *Annual Review of Public Health* 6 : 147-193.

Québec. 1988. « La nutrition dans les écoles du Québec. » *Promotion de la santé* 26(3) : 19-20.

Quigley, H. 1986. « L.L. Bean Cholesterol-Reduction Program. » *Journal of Nutrition Education* 18(suppl.) : 58-59.

Rae, J. et Nielsen, H. 1980. « Public Opinions and Perceptions of Recommendations Used in Nutrition Education. » *Journal of the Canadian Dietetic Association* 41 : 85-92.

Reid, D.J et Dunkley, G.C. 1989. « Weight Control in the Workplace : A Needs Assessment for Men. » *Canadian Journal of Public Health* 80 : 24-27.

Riches, G. 1989. « Banques d'alimentation, faim et croissance économique : charité ou sécurité sociale collective dans les années 90. » *INN Rapport* 4(3) : 5.

Rickmond, K. 1986. « Introducing Heart-healthy Foods in a Company Cafeteria. » *Journal of Nutrition Education* 18(suppl.) : 63-65.

Robbins, L.G. et Robichon-Hunt, L. 1989. « Le panier à provisions nutritif d'Agriculture Canada et le panier à provisions nutritif et économique en 1989. » *Revue du marché alimentaire*. 11(1) : 31-42.

Salonen, J.T. 1987. « Did the North Karelia Project Reduce Coronary Mortality? » *The Lancet* 2 : 269.

Santé et Bien-être social Canada. 1973. *Enquête nationale Nutrition Canada*. Ottawa : Information Canada.

Santé et Bien-être social Canada. 1974. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : un document de travail*, par Marc Lalonde. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada.

Santé et Bien-être social Canada. 1979. *Report on Nutrition Concepts Evaluation Study*. Ottawa : Direction de la promotion de la santé.

Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada. 1981. *La santé des Canadiens : rapport de l'Enquête Santé Canada*. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada.

Santé et Bien-être social Canada. 1982a. *Le Manuel du Guide alimentaire canadien* (révisé). Ottawa : Approvisionnements et Services Canada.

Santé et Bien-être social Canada. 1982b. *Nutrition Programs Unit preliminary report : Evaluation of 1981-82*

*nutrition media campaign*. Ottawa : Direction de la promotion de la santé. (Non paru).

Santé et Bien-être social Canada. 1983. *Apports nutritionnels recommandés pour les Canadiens*. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada.

Santé et Bien-être social Canada. 1986. *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada.

Santé et Bien-être social Canada. 1987. *La promotion de la santé cardio-vasculaire au Canada : rapport du Groupe de travail sur les maladies cardio-vasculaires*. Ottawa : Comité consultatif fédéral-provincial en santé communautaire.

Santé et Bien-être social Canada. 1988a. *Le poids et la santé : Document de travail*. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada.

Santé et Bien-être social Canada. 1988b. *La dentisterie préventive*. 2e éd. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada.

Santé et Bien-être social Canada. 1988c. *Enquête Promotion Santé Canada : rapport technique*. éd. par I. Rootman, R. Warren, T. Stephens and L. Peters. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada.

Santé et Bien-être social Canada. 1989a. *Action santé : forme physique, alimentation et sécurité*. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada.

Santé et Bien-être social Canada. 1989b. *L'étiquetage des produits alimentaires — Le fond de l'histoire*. (dépliant). Ottawa : Approvisionnements et Services Canada.

Scharf, J.N., Leblanc, E.L. et King, N. 1989. « Nutrition Information in the Supermarket. » *Revue canadienne d'économie familiale* 39 : 103-105.

Schmitz, M.F. et Fielding, J.E. 1986. « Point-of-purchase Nutrition Labelling : Evaluation in a Worksite Cafeteria. » *Journal of Nutrition Education* 18(suppl.) : 65-68.

Schwartz, N. et Clampett, D.M. 1983. « Evaluation of a Nutrition Innovation in Secondary School Home Economics Education. » *Human Nutrition : Applied Nutrition* 37A : 180-188.

Schwartz, N.E. 1989. « Le mot de la présidente. » *INN Rapport* 4: (3) : 3.

Service de santé d'Ottawa-Carleton. 1988. *« Coeur à coeur » dans Ottawa-Carleton : Guide des restaurants*. Ottawa : Service de santé d'Ottawa-Carleton.

Shannon, B., Demicco, K. et Fishman, L., éd. 1986. *A Guide to Enhancing Nutrition at the Worksite*. College Park (PA) : Pennsylvania State University.

Shannon, B., Linton, B., Hsu, L., Rollins, P., et Schwartz, R.M. 1986. « Development of a Nutrition and Weight-control Program for Atlantic Richfield Company Employees. » *Journal of Nutrition Education* 18(suppl.) : 47-50.

Spasoff, R.A. 1989. « Le rôle de la nutrition dans une politique de santé. » *INN Rapport* 4(1) : 6-7.

Statistique Canada. 1987. *Circonscriptions électorales fédérales et secteurs de dénombrement du recensement*. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada.

Statistique Canada. *Consommation apparente des aliments par personne au Canada*, numéro de catalogue 32-229/230. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada.

Statistique Canada. 1976. *Dépenses alimentaires des familles au Canada, 1974*. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada.

Statistique Canada. 1985. *Dépenses alimentaires des familles au Canada, 1982*. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada.

Statistique Canada. 1986. *Dépenses alimentaires des familles au Canada, 1984*. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada.

Statistique Canada. 1989. *Dépenses alimentaires des familles au Canada, 1986*. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada.

Sullivan, A.D. et Schwartz, N.E. 1981. « Attitudes, Knowledge, and Practice Related to Diet and Cardiovascular Disease. » *Journal of the Canadian Dietetic Association* 42 : 169-177.

Sumner, S.K., Schiller, E.L., Marr, E.R., et Thompson, D.I. 1986. « A Weight Control and Nutrition Education Program for Insurance Company Employees. » *Journal of Nutrition Education* 18(suppl.) : 60-62.

Thomas, M. 1989. « A Workplace Program for Nutrition Awareness. » *Proceedings of the First National Conference on Diet and Cancer, 1987*. Toronto : Société canadienne du cancer.

Thompson, E.B., Hamrell, M. et Coffin, R.R. 1987. « The Heart Healthy Vermonter Program. » *Journal of Public Health Policy*. Spring, 36-43.

Vandenbygaart, E. et Woolcott, D.M. 1985. « Secondary School Nutrition Education : A Survey of Ontario Teachers. » *Ontario Family Studies-Home Economics Educators' Association Journal* 4 : 48-60.

Weis, E.H. et Klein, C.L. 1987. « A Synthesis of Research on Nutrition Education at the Elementary School Level. » *Journal of School Health* 57 : 8-13.

Welsh, J. 1989. « La faim au Canada : Conséquences et défis. » *INN Rapport* 4(3) : 1-2.

Wilbur, C.S., Zheerblatt, S.M., Pinsky, J.L. et Zheerblatt, S. 1981. « Healthy Vending : A Cooperative Pilot Research Program to Stimulate Good Health in the Marketplace. » *Preventive Medicine* 10 : 85-93.

Woolcott, D.M. 1982. *Nutrition Awareness of Rural and Urban Women*. Guelph, Ontario : University of Guelph, Department of Family Studies. (Non paru).

Woolcott, D.M. 1983. « Nutrition concerns and information-seeking behaviour of rural and urban women. » Présentation à l'occasion de l'assemblée annuelle de la Society for Nutrition Education. Denver, Colorado.

Woolcott, D.M. 1989. « An Overview of Canadians' Current Knowledge, Attitudes and Behaviour in Regard to Diet. » *Proceedings of the First National Conference on Diet and Cancer, 1987*. Toronto : Société canadienne du cancer.

Woolcott, D.M. Schwartz, N. et Lowry, C. 1988. « Nutrition opinions and information-seeking behaviour of household food managers. » Présentation à l'occasion de l'assemblée annuelle de 1988 de la Society for Nutrition Education. Toronto (Ontario).

World Health Organization, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association. 1986. « Ottawa Charter for Health Promotion. » *Canadian Journal of Public Health* 77 : 426-430.

World Health Organization, Government of Australia, 1988. « The Adelaide Recommendations : Healthy Public Policy. » *Health Promotion* 3 : 183-186.

Zibrik, D., Peters, H.F. et Kuhnlein, H.V. 1981. « Knowledge and Attitudes of Vancouver Residents Toward Food Additives. » *Canadian Journal of Public Health* 72 : 49-54.

Zifferblatt, S.C., Wilbur, C., et Pinsky, J. 1980. « Changing Cafeteria Eating Habits. » *Journal of the American Dietetic Association* 76 : 15-20.

# 13.
# Remerciements

Nous tenons tout particulièrement à remercier les personnes nommées ci-après qui ont appuyé les efforts du Comité des communications et de la mise en application : Louise Beggs, Shauna Berenbaum et Lydia Dumais.

Le Comité tient également à remercier les membres du Groupe de travail sur le *Guide alimentaire canadien*, présidé par Nancy Schwartz, de même que ceux du Groupe de travail sur la consommation d'aliments, présidé par Lewis Lloyd et du Groupe de travail technique sur le *Guide alimentaire canadien*, présidé par Sharyn Joliet.

Les membres du Comité sont aussi reconnaissants de l'appui généreux des organismes qui les emploient et qui ont fait don de centaines d'heures au Comité.

Le CCMA souhaite également exprimer sa vive reconnaissance aux groupes et aux organismes nommés à l'annexe A, pour leur apport d'une valeur inestimable à son travail.

# Annexe A

**Mandat et procédures :**

**Comité des communications et de la mise en application**

# Mandat et procédures : Comité des communications et de la mise en application

Le 1er octobre 1987, l'honorable Jake Epp, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, a annoncé la création du Comité des communications et de la mise en application (CCMA) et du Comité scientifique de révision (CSR) et les a mandatés pour « l'étude et la révision des recommandations en matière de nutrition visant une population canadienne en santé afin que les professionnels et le public disposent des recommandations les plus récentes en matière de nutrition pour améliorer et conserver la santé et prévenir les maladies liées à la nutrition ».

Pour sa part, le Comité des communications et de la mise en application avait pour mandat de formuler à l'intention du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social Canada une adaptation des Recommandations sur la nutrition devant servir de conseils sur l'alimentation à l'intention des consommateurs et des stratégies de mise en application. Il devait arriver à ces fins par les moyens suivants :

- l'analyse de la pertinence et de l'efficacité des activités, méthodes et outils employés en milieu canadien pour la communication de conseils sur la nutrition fondés sur les résultats de la recherche scientifique ainsi que l'examen du *Guide alimentaire canadien*;
- l'analyse des recommandations en matière de nutrition révisées compte tenu des habitudes alimentaires des Canadiens, de leur consommation de nourriture, de leurs habitudes d'achat et de la production d'aliments;
- l'adaptation des recommandations à base scientifique en conseils sur l'alimentation que pourraient appliquer les Canadiens en bonne santé;
- la formulation de stratégies de mise en application à l'intention du public, des professionnels, de l'industrie alimentaire et des organismes s'occupant de questions de santé;
- la consultation d'organismes clés intéressés à la question;
- la coordination de ses activités avec celles du Comité scientifique de révision afin de veiller à ce que les conseils tirés des recommandations en matière de nutrition soient clairs, réalisables, complets et exacts du point de vue scientifique;
- la rédaction d'un rapport comprenant les conseils sur l'alimentation proposés, des moyens susceptibles de bien les transmettre et des stratégies de mise en application, pour soumission au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social Canada.

## Méthodes employées par le Comité

Le Comité des communications et de la mise en application a tenu dix réunions officielles en deux ans; le Comité scientifique de révision a pris part à deux d'entre elles.

Le CCMA a mis sur pied deux groupes de travail et un groupe technique afin qu'ils l'aident à réaliser son mandat. Le Groupe de travail sur le *Guide alimentaire canadien*, le Groupe technique sur le *Guide alimentaire canadien* et le Groupe de travail sur la consommation alimentaire ont soumis leurs rapports au CCMA; les résumés de ceux-ci constituent les annexes C, D et E, respectivement. Par ailleurs, le CCMA s'est servi des données obtenues dans le cadre d'une recherche auprès des consommateurs pour formuler des messages et élaborer des stratégies à l'intention du public. Les résultats saillants de cette étude sont annexés en F.

Les membres du Comité, eux-mêmes experts dans une vaste gamme de domaines connexes, ont consulté nombre de professionnels de la nutrition et de la santé ainsi que des représentants du secteur alimentaire dans le but de réaliser le mandat du Comité. Le Comité a bénéficié des avis de nutritionnistes, d'universitaires et de membres d'associations professionnelles, de groupes du secteur alimentaire et d'organismes s'occupant de questions de santé. Les groupes dont le nom figure ci-après ont contribué de vive voix ou par écrit au travail du Comité :

Association canadienne des diététistes

Association canadienne des hygiénistes dentaires

Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires

Association canadienne du diabète

Association des consommateurs du Canada

Association des infirmières et infirmiers du Canada

Association médicale canadienne

British Columbia Dairy Foundation

British Columbia Nutrition Council

Bureau laitier du Canada

Centre d'information sur le boeuf

Comité consultatif sur l'élaboration de directives nationales en matière de nutrition des

enfants d'âge préscolaire

Comités de nutrition des associations de diététistes provinciales

Commission ontarienne de commercialisation du lait

Conseil canadien de la boulangerie

Diététistes et nutritionnistes du Manitoba

Fabricants canadiens de produits alimentaires

Fondation fraîcheur égale saveur

Groupe fédéral-provincial-territorial sur la nutrition

Institut canadien du sucre

Institute of Edible Oil Foods

Nova Scotia Nutrition Council

Nutritionnistes de santé communautaire du Québec

Office canadien de commercialisation des oeufs

Ontario Society of Nutritionists in Public Health

PARTICIPaction

Société canadienne de pédiatrie

Société canadienne des sciences de la nutrition

Société canadienne d'hypertension artérielle

Société canadienne du cancer

Société de l'ostéoporose du Canada

Université de Toronto, Faculté des sciences de la nutrition

Université McGill, École de régime alimentaire et de nutrition humains

University of British Columbia, School of Family and Nutritional Sciences

University of Guelph, Division of Applied Human Nutrition

University of Saskatchewan, Division of Nutrition and Dietetics

University of Western Ontario, Department of Home Economics

Les membres du Comité ont visité le Nova Scotia Heart Health Project, le Human Nutrition Information Service à Baltimore (Maryland), le Pawtucket Heart Health Project au Rhode Island et le Minnesota Heart Health Project.

# Annexe B

**Rapport du Comité scientifique de révision :**

**Résumé**

# Rapport du Comité scientifique de révision : Résumé

Les recommandations sur la nutrition pour les Canadiens sont le résultat d'une revue de la littérature sur les besoins en éléments nutritifs et les diverses associations entre la nutrition et la maladie. Ce document veut servir de guide dans le choix d'un régime alimentaire qui apporterait les quantités recommandées de tous les éléments nutritifs essentiels tout en réduisant le risque de maladies chroniques. Bien que les recommandations soient présentées comme des entités individuelles, il est important de mentionner qu'elles ne sont complètement efficaces que lorsqu'elles sont utilisées dans leur ensemble. Il faut également considérer que les recommandations ne sont pas une ordonnance et qu'elles peuvent être satisfaites par plusieurs combinaisons d'aliments disponibles sans avoir recours de façon générale à des suppléments.

## Caractéristiques souhaitables du régime alimentaire canadien

**Le régime alimentaire canadien doit fournir de l'énergie nécessaire au maintien du poids corporel dans les limites recommandés.** L'activité physique doit tenir compte des circonstances et de l'aptitude de chaque individu. Les poids corporels se situant au-dessous et au-dessus des limites recommandés sont inversement associés à la longévité et la fréquence de plusieurs maladies chroniques. Il est donc avantageux pour la santé de contrôler le poids corporel, mais il est non recommandé de le faire en réduisant uniquement l'apport en énergie; l'activité physique doit aussi contribuer à ce maintien du poids. Bien que l'importance de faire de l'activité physique tout au long de la vie ait été soulignée, il n'est pas possible de préciser un niveau d'activité physique approprié pour toute la population. À titre d'indication générale, il est souhaitable qu'aussi lontemps que possible les adultes maintiennent un niveau d'activité correspondant à une demande énergétique d'au moins 1 800 kcal ou 7,6 MJ/jour tout en conservant leur poids dans les limites recommandés.

**Le régime alimentaire canadien doit fournir les quantités recommandées des éléments nutritifs essentiels présentés dans ce document.** L'une des raisons pour considérer l'activité physique comme un élément souhaitable dans le contrôle du poids corporel est la difficulté croissante d'atteindre l'apport nutritionnel recommandé (ANR) lorsque l'apport en énergie se situe sous les 1 800 kcal ou 7,6 MJ/jour. Alors qu'il est important que le régime alimentaire fournisse les quantités en éléments nutritifs recommandées, il doit être entendu qu'il n'y a aucune preuve que des quantités excédant l'ANR soient avantageuses pour la santé. Mis à part les suppléments de vitamine D pour les nourrissons et ceux d'acide folique pour les femmes enceintes, aucun supplément n'est en général nécessaire. Toutefois, des suppléments de vitamine D peuvent être nécessaire pour les personnes âgées qui ne s'exposent pas aux rayons solaires, et un supplément de fer serait approprié pour les femmes enceintes ayant de faibles réserves de fer. Bien que l'apport habituel en certains nutriments comme les protéines et la vitamine C excède largement l'ANR, il n'y a pas lieu d'en suggérer une réduction.

**Le régime alimentaire canadien ne doit pas fournir plus de 30 p. 100 de la quantité totale d'énergie sous forme de lipides (33 g/1 000 kcal ou 39 g/5 000 kJ) et pas plus de 10 p. 100 sous forme de graisses saturées (11 g/1 000 kcal ou 13 g/5 000 kJ).** Les régimes alimentaires riches en lipides ont été associés à une fréquence élevée de maladies cardiaques et à certains types de cancer. Une baisse de l'apport total en lipides est un moyen important de réduire l'apport en graisses saturées. De toutes les associations entre le régime alimentaire et la maladie, les plus convaincantes sont celles qui relient l'apport en graisses saturées à des taux sanguins élevés de cholestérol et aux

risques de maladies cardiaques; celà était un facteur important dans l'élaboration de cette recommandation. Bien que le cholestérol alimentaire n'a pas beaucoup d'influence pour modifier les taux de cholestérol sanguin, il n'est pas pour autant dénué d'importance. Une baisse de l'apport en cholestérol suivra normalement celle des apports totaux en lipides et en graisses saturées. Cette recommandation d'une diminution de l'apport total en graisses ne s'applique pas aux enfants âgés de moins de deux ans.

**Le régime alimentaire canadien doit fournir 55 p. 100 de la quantité totale d'énergie sous forme de glucides (138 g/1 000 kcal ou 165 g/5 000 kJ)** provenant de sources variées. Les sources choisies doivent fournir, de préférence, des glucides complexes, divers types de fibres alimentaires et du -carotène.

Les glucides sont l'élément de choix pour remplacer les lipides comme source d'énergie puisque l'apport protéique excède déjà les besoins. Il existe plusieurs raisons pour que l'augmentation calorique en glucides soit sous forme de glucides complexes. Les régimes riches en glucides complexes ont été associés à une faible fréquence de maladies cardiaques et de cancer, et sont des sources de fibres alimentaires et de -carotène.

**Le contenu en sel du régime alimentaire canadien doit être abaissé**. Les aliments actuellement disponibles fournissent du sodium en quantités excédant largement les besoins. Bien qu'il y a peu de données appuyant une recommandation quantitative, une baisse de l'apport actuel en sodium pourrait amener des avantages potentiels. Les consommateurs sont encouragés à diminuer l'usage du sel de table (chlorure de sodium) à la cuisson et à table. Cependant les efforts individuels demeureront relativement inefficaces en l'absence d'une action concertée de la part de l'industrie alimentaire pour abaisser le contenu en sodium des aliments transformés et préparés. Un régime riche en fruits et légumes assurera un apport adéquat en potassium.

**Le régime alimentaire canadien ne doit pas fournir plus de 5 p. 100 de l'apport total en énergie sous forme d'alcool ou deux consommations de boissons alcoolisées par jour, le choix devant porter sur la plus faible des deux quantités d'alcool**. Il existe plusieurs raisons pour limiter la consommation d'alcool. D'un point de vue nutritionnel, l'alcool dilue la densité en éléments nutritifs du régime et peut diminuer les chances d'atteindre les ANR. L'influence néfaste de l'alcool sur la pression sanguine est une raison plus pressante pour recommander la modération. Durant la grossesse il serait sage de s'abstenir de boire de l'alcool parce que la quantité qui peut être ingérée sans risque n'est pas connue avec certitude.

**Le régime alimentaire canadien ne doit pas fournir plus de caféine que l'équivalent de quatre tasses de café par jour**. Cette approche prudente a été prise à cause du risque élevé de maladies cardiaques associées à des prises élevées en caféine.

**Lorque l'eau provenant de la municipalité contient moins de 1 mg/litre, celle-ci devrait être fluorée pour atteindre ce taux**. La fluoruration de l'eau provenant des municipalités s'est révélée être une méthode sûre, efficace et économique pour améliorer la santé dentaire.

# Annexe C

**Rapport du Groupe de travail sur le Guide alimentaire canadien : Résumé**

# Rapport du Groupe de travail : Résumé

Le rapport du Groupe de travail sur le *Guide alimentaire canadien* est un document de support présenté au Comité des communications et de la mise en application de Santé et Bien-être social Canada pour l'appuyer dans la tâche qui le lie aux Recommendations sur la nutrition. Les conclusions du Groupe de travail visaient à aider ce comité à adopter les énoncés techniques des Recommendations en conseils sur l'alimentation à l'intention du public. Les attributions du Groupe de travail et la liste de ses membres figurent à l'annexe I du rapport.

### Le Guide alimentaire canadien

Le *Guide alimentaire canadien*, connu d'abord sous le titre *Règles alimentaires officielles au Canada*, fut élaboré en 1942 et révisé au cours des années pour servir de base aux programmes d'éducation nutritionnelle dans les provinces et les territoires du Canada. Il s'agit d'un guide qui illustre quels types de chiox quotidiens d'aliments peuvent permettre aux consommateurs de satisfaire leurs besoins nutritifs.

### Examen du Guide alimentaire canadien

Au cours des années, le *Guide alimentaire canadien* a changé de nom et fait l'objet de plusieurs révisions. Les *Règles alimentaires officielles du Canada* de 1942 sont devenues, en 1944, les *Règles alimentaires du Canada*. En 1961, le nom de la publication fut encore une fois changé et on adopta le titre de *Guide alimentaire canadien*. Des révisions importantes du contenu du Guide ont été faites en 1961, 1977 et 1982 afin de tenir compte des progrès réalisés en matière de connaissance des besoins alimentaires et des techniques pédagogiques en nutrition ainsi que des changements dans les approvisionnements alimentaires.

Depuis 1982, les connaissances des besoins nutritionnels ont augmenté tandis que les habitudes de consommation alimentaire continuent à évoluer selon les changements du marché. La connaissance des maladies chroniques reliées à la nutrition s'est aussi approfondie et elle a suscité de l'intérêt pour le rôle que jouent les aliments dans certaines maladies chroniques comme les maladies du coeur et le cancer. En conséquence, Santé et Bien-être social Canada a entrepris une révision des Recommandations alimentaires pour les Canadiens. Comme les concepts à la base de ces recommandations sont repris dans le *Guide alimentaire canadien*, on a jugé qu'une révision du Guide était essentielle.

### Recommandations du Groupe de travail sur le Guide alimentaire canadien

Dans sa forme actuelle, le *Guide alimentaire canadien* est un outil pédagogique d'une grande utilité pour les consommateurs et les communicateurs d'information en nutrition. Suite à leur examen, les membres du Groupe de travail ont décidé que plusieurs points du guide actuel devraient être retenus, notamment :

- le système de classification par groupes d'aliments en vertu duquel les aliments sont groupés en fonction de leur valeur nutritive et de leur acceptation et utilisation par les consommateurs;
- le concept de la variété, tel qu'illustré par la diversité des exemples d'aliments donnés pour chaque groupe d'aliments;
- les recommandations relatives à la sélection quotidienne des aliments;
- la méthode actuelle de distribution et les droits d'auteurs sur le Guide qui sont détenus par Santé et Bien-être social Canada.

Le Groupe de travail a en outre proposé des modifications susceptibles d'être apportées au Guide. Les membres du Groupe de travail sur le *Guide alimentaire canadien* présentent au Comité des communications et de la mise en application les recommandations suivantes, qui sont toutes d'égale importance.

**Recommandations relatives à l'élaboration d'un guide alimentaire :**

1. Le *Guide alimentaire canadien* devrait être basé sur une approche globale de l'alimentation qui favoriserait la satisfaction des besoins nutritifs tout en intégrant les recommandations les plus récentes en matière de nutrition.

2. L'objectif du *Guide alimentaire canadien* devrait être énoncé de la façon suivante : « Le *Guide alimentaire canadien* fournit une structure réaliste pour aider les Canadiens en santé, de plus de deux ans, à choisir leurs aliments de façon à satisfaire leurs besoins nutritifs. »

3. Le *Guide alimentaire canadien* peut être utilisé aux fins suivantes :

- pour la planification et le choix des menus afin d'aider les Canadiens bien portants de plus de deux ans à conserver leur santé et à diminuer les risques de maladies chroniques liées à la nutrition;
- comme lignes directrices ou modèle de référence pour la réglementation des services d'alimentation dans les grands établissements;
- par des personnes pour obtenir une évaluation générale de leurs apports alimentaires;
- comme outil pédagogique axé sur les besoins de groupes spécifiques.

4. Pour que le *Guide alimentaire canadien* puisse être largement utilisé, il faudrait que les aliments mentionnés soient faciles à trouver, peu coûteux et acceptables pour les consommateurs. Chaque groupe d'aliments devrait contenir une gamme variée de denrées pour que le Guide soit acceptable par un maximum de personnes.

5. Il faudrait songer à changer le titre du Guide suivant les résultats d'études menées auprès des consommateurs. Il s'agit de chercher à savoir s'il est souhaitable de conserver les mots « *Guide alimentaire canadien* » dans le titre du document révisé.

6. Il faudrait conserver le système de classification par groupes d'aliments du *Guide alimentaire canadien* en tenant compte des quatre groupes actuels et en mettant l'accent sur les aliments qui répondent le mieux aux recommandations les plus récentes en matière de nutrition. Des recherches auprès des consommateurs devraient porter sur les aspects suivants :

- les critères à utiliser pour la classification des aliments dans le Guide;
- la valeur du Guide pour suggérer des choix d'aliments favorisant la satisfaction des besoins nutritifs quel que soit l'âge ou l'état physiologique;
- la classification, dans le Guide, des aliments-minutes, des plats composés et des aliments consommés à l'extérieur du foyer.

7. Pour recommander des grosseurs de portions dans le contexte d'une approche globale de l'alimentation, le *Guide alimentaire canadien* devrait être fondé sur les habitudes alimentaires des consommateurs. Le nombre de portions devrait être établi en fonction des apports nutritionnels recommandés pour les Canadiens et des Recommandations sur la nutrition. Il faudra peut-être modifier la grosseur ou le nombre de portions pour satisfaire les besoins nutritifs de certains usagers. Par exemple, on pourrait diminuer la taille des portions pour les enfants et augmenter le nombre de portions recommandées pour les femmes enceintes et celles qui allaitent.

8. Les suggestions données dans le *Guide alimentaire canadien* devraient encore être basées sur la ration alimentaire quotidienne. Il faudrait cependant mentionner que des variations d'apports d'une journée à l'autre sont chose normale et ne causent pas de tort.

9. Les aliments mentionnés dans le *Guide alimentaire canadien* ne devraient pas nécessairement être des produits locaux pour pouvoir conserver autant de variété que possible et réduire au minimum les changements irréalistes des habitudes alimentaires.

**Recommandations relatives à la mise en application d'un guide alimentaire :**

1. Pour choisir une présentation visuelle efficace du *Guide alimentaire canadien*, il faudrait mener des recherches auprès des consommateurs et demander conseil à des experts en présentation graphique et en communications. La présentation choisie devrait être simple, significative et adaptable et le texte devrait être positif, simple et compréhensible.

2. Santé et Bien-être social Canada devrait conserver les droits d'auteur du *Guide alimentaire canadien* et continuer à le distribuer gratuitement.

3. Le *Guide alimentaire canadien* devrait servir d'outil pédagogique pivot dans un programme-cadre d'éducation alimentaire. Le Guide devrait pouvoir être adapté en fonction de certains groupes cibles et devrait être appuyé par d'autres documents comme le Manuel, révisé en conséquence, et de nouveaux accessoires de travail.

4. Il faudrait élaborer une stratégie de diffusion et de communication afin d'être sûr que les messages contenus dans le *Guide alimentaire canadien* atteignent bien les consommateurs et les communicateurs d'information en nutrition.

**Recommandation relative à l'évaluation d'un programme-cadre d'éducation alimentaire :**

1. Le programme-cadre d'éducation alimentaire canadien devrait être évalué périodiquement, tous les cinq ans ou selon les besoins, en appliquant les méthodes d'évaluation formative et sommative auprès des consommateurs et des communicateurs d'information en nutrition.

# Annexe D

**Rapport du Groupe technique sur le Guide alimentaire canadien :**
**Résumé**

# Rapport du Groupe technique : Résumé

Le rapport du Groupe technique pour la révision du *Guide alimentaire canadien* est un document de travail qui vient appuyer les activités du Comité des communications et de la mise en application des Recommandations sur la nutrition de Santé et Bien-être social Canada. Les recommandations du groupe technique sont présentées au Comité des communications et de la mise en application. Les attributions du groupe et la liste de ses membres sont données à l'annexe I du rapport.

Santé et Bien-être social Canada a entrepris une révision des Recommandations alimentaires pour les Canadiens afin de s'assurer que les recommandations faites en matière de nutrition continuent à contribuer à l'amélioration et au maintien de la santé et à diminuer les risques de maladies liées à la nutrition. Dans le cadre du travail de conversion des recommandations révisées en conseils sur la nutrition adaptés pour le public, un groupe de travail a été constitué par Santé et Bien-être social Canada qui lui a confié le mandat d'examiner le *Guide alimentaire canadien*, le principal outil pédagogique utilisé au Canada dans le domaine de la nutrition. Pour appuyer encore davantage les recommandations du Comité des communications et de la mise en application à propos des changements qui devraient être apportés au *Guide alimentaire canadien*, un groupe technique a été constitué pour évaluer les répercussions dans la pratique de l'adoption d'un guide alimentaire fondé sur la ration alimentaire totale et juger de la valeur du guide pour composer une alimentation conforme aux Recommandations sur la nutrition.

Dans l'accomplissement de son mandat, le groupe technique a élaboré un guide alimentaire, qui portera ci-après le titre de guide alimentaire de base; ce faisant, il a défini un système de classification des aliments, établi des critères relatifs aux éléments nutritifs pour chaque groupe d'aliments et précisé les nombre et les grosseurs des portions d'aliments. Un certain travail a été fait pour définir les nombres relatifs de portions recommandés pour des groupes dont l'état physiologique diffère. Pour se conformer au guide alimentaire de base, les Canadiens devront changer leurs habitudes alimentaires, ce qui aura des répercussions sur les approvisionnements et nécessitera l'élaboration de programmes éducatifs.

En se fondant sur ses analyses, le groupe technique pour la révision du *Guide alimentaire canadien* présente au Comité des communications et de la mise en application les recommandations suivantes :

1. Le guide alimentaire révisé, fondé sur la ration alimentaire totale, devrait comprendre les quatre groupes d'aliments originaux en plus d'un nouveau groupe sur les matières grasses et les sucreries.

2. Il faudrait examiner les noms des cinq groupes d'aliments.

3. Le guide alimentaire de base devrait être adopté pour servir de fondement à la modification du *Guide alimentaire canadien* dans l'optique de la ration alimentaire totale. Le nombre de portions dans chaque groupe d'aliments et le (ou les) critère(s) relatif(s) à la teneur en éléments nutritifs clés par portion ont été établis de la façon suivante :

- lait et produits laitiers — 2 portions (procurant chacune 300 mg de calcium);
- viande, poisson, volaille et substituts — 3 portions (fournissant chacune 12 g de protéines);
- fruits et légumes — 6 portions dont au moins 2 de légumes (chaque portion doit fournir 50 E.R. de vitamine A, 12 mg de vitamine C ou 11 mcg de folacine);
- pains et céréales — 6 portions (fournissant chacune 0,06 mg de thiamine ou 0,65 mg de fer) ;

- matières grasses et sucreries — le nombre de portions dans une ration de 1 800 kcal (7 600 kJ) ne devrait pas dépasser l'*équivalent* de 20 mL (4 c.t.) de graisse ou d'huile et 40 mL (8 c.t.) de sucre.

4. Pour se conformer aux variations des Recommandations sur la nutrition associées à différents états physiologiques, il faut modifier les nombres de portions prévus dans le guide alimentaire de base. Ces ajustements devraient servir de fondement pour déterminer les nombres relatifs de portions dans le guide révisé.

5. Les messages clés du guide alimentaire devraient englober le concept d'équilibre énergétique, favoriser la croissance des enfants, aider à conserver la santé et à réduire les risques de maladies chroniques et faire ressortir la nécessité de varier le menu quotidien en choisissant différents aliments dans chaque groupe.

6. Le guide alimentaire révisé devrait comprendre des énoncés à propos de l'apport en eau et de l'ingestion d'alcool.

7. Il faudrait entreprendre d'autres études sur la consommation alimentaire des enfants d'âge préscolaire afin que le guide alimentaire puisse traiter des besoins particuliers de ce groupe en se fondant sur leurs habitudes alimentaires.

8. Des programmes et du matériel éducatifs devraient être élaborés pour aider les professionnels, l'industrie de l'alimentation et de la restauration ainsi que le public à se conformer au guide alimentaire révisé. Ce matériel devrait contenir une justification des changements apportés au guide alimentaire et faire ressortir les adaptations nécessaires pour permettre de manger, à l'occasion, des aliments riches en lipides sans s'écarter des Recommandations sur la nutrition.

9. Les secteurs de l'agriculture, de l'industrie alimentaire et de la restauration doivent être incités à réagir aux changements requis dans les approvisionnements alimentaires.

# Annexe E

**Rapport du Groupe de travail sur la consommation alimentaire :
Résumé**

# Rapport du Groupe de travail sur la consommation alimentaire : Résumé

Le Groupe de travail sur la consommation alimentaire a été mis sur pied afin de fournir des renseignements sur les habitudes de consommation d'aliments et la répartition des éléments nutritifs dans les approvisionnement en aliments au Canada, faire le rapprochement entre ces renseignements et les Recommandations sur la nutrition formulées par le Comité scientifique de révision (CSR) et prévoir l'impact des Recommandations sur la nutrition sur l'alimentation et la mise au point de nouveaux produits.

Pour ce faire, on a déterminé que l'énergie et 10 éléments nutritifs étaient d'intérêt pour la santé publique et on a exploité six bases de données.

Les tendances dans la consommation d'aliments et d'éléments nutritifs de 1972 à 1986 sont fournies en détail. Cette évolution fut attribuée aux changements intervenus au niveau de la démographie, des prix relatifs des aliments, du revenu net, des goûts et des préférences ainsi que des préoccupations en matière de santé.

Les Recommandations sur la nutrition des Canadiens proposées par le CSR auront un impact profond et varié sur la façon dont les Canadiens considèrent l'alimentation. Comme telles, les recommandations nécessitent une approche multisectorielle afin que les consommateurs puissent les suivre plus facilement. Les recommandations peuvent exiger des changements radicaux : les consommateurs devront réviser leurs choix d'aliments, les producteurs devront changer leurs méthodes d'élevage ou le choix des espèces, des variétés cultivées, etc. De plus, l'industrie alimentaire devra changer le processus de mise au point de nouveaux produits spécialisés et améliorer les techniques de conservation. Ces changements ont été illustrés en utilisant comme exemple une combinaison de recommandations visant à diminuer le pourcentage d'énergie tiré des matières grasses et une recommandation visant à augmenter la consommation de glucides complexes.

Le besoin d'un système national de connaissance et de surveillance dans le domaine de la nutrition a été reconnu, de même que le besoin de mettre davantage l'accent sur les programmes d'éducation en nutrition à l'intention des Canadiens.

# Annexe F

**Résumé de la recherche auprès de groupes de discussion :
Méthodes de communication des concepts nutritionnels**

# Résumé de la recherche auprès de groupes de discussion

## Toile de fond

La recherche auprès de groupes de discussion a été menée pour aider le Comité des communications et de la mise en application à adapter les Recommandations sur la nutrition à l'intention du public et à examiner et réviser le *Guide alimentaire canadien*.

Il est important, lorsqu'il s'agit de diffuser de l'information sur la nutrition, de s'assurer qu'elle sera bien comprise par le public. C'est pourquoi le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a demandé à la firme Creative Research Group Ltd. de juger si les recommandations alimentaires pour les Canadiens correspondaient aux besoins de la population visée, si elles étaient faciles à comprendre, motivantes et accessibles.

## Objet de l'étude

La recherche qui a été effectuée avait pour objet :

1) de réunir de l'information sur les réactions du public canadien aux recommandations alimentaires pour les Canadiens;

2) de déterminer dans quelle mesure ces recommandations correspondaient aux attitudes et aux comportements des gens vis-à-vis leur alimeniation;

3) de déterminer dans quelle mesure ces recommandations sont comprises.

Cette recherche était également conçue pour aider le Ministère à choisir une terminologie et des méthodes de présentation appropriées pour présenter l'information et le matériel en matière de nutrition.

## Population cible

La population visée était constituée des mères célibataires âgées de 20 à 35 ans ayant un revenu faible à modéré et d'un groupe d'hommes et de femmes âgées de 35 à 49 ans dont les enfants vivaient à la maison et dont le revenu familial était de faible à modéré.

## Méthodologie

Au cours du mois d'avril 1989, huit groupes de discussion, cinq groupes anglophones et trois groupes francophones, ont été interviewés dans leur langue respective. Trois de ces groupes comptaient des femmes célibataires chefs de famille (tel qu'indiqué ci-dessus); les cinq autres groupes étaient constitués d'hommes et de femmes âgés de 35 à 49 ans. Dans le second cas, les hommes et les femmes avaient l'habitude de participer directement aux achats de nourriture de la famille.

Les participants ont été choisis au hasard, au moyen d'un questionnaire de dépistage par téléphone. On a demandé aux personnes répondant aux critères de faire partie d'un groupe de discussion dans leur région. Des réunions de tels groupes ont eu lieu à Kelowna (Colombie-Britannique), Saskatoon (Saskatchewan), Kingston (Ontario), Rimouski (Québec) et Moncton (Nouveau-Brunswick).

## Faits saillants des constatations

Durant les réunions des groupes, il a été question des attitudes à l'égard de la santé, de l'information de base et des listes d'achat, des habitudes alimentaires actuelles, des valeurs nutritionnelles, des allégations touchant la santé, du *Guide alimentaire canadien* (version actuelle), de la terminologie et des méthodes de présentation. Étant donné la nature de l'étude dont il est question dans le cas présent, le lecteur est invité à

considérer les constatations comme des hypothèses, et non comme des conclusions définitives.

### Attitudes à l'égard de la santé

La santé était perçue comme une valeur relativement importante par toutes les personnes interrogées, mais particulièrement par les membres des trois groupes francophones et ceux du groupe de Saskatoon. De façon générale, l'importance accordée à la santé augmentait avec l'âge et avec l'incidence des problèmes de santé.

### Information de base/liste d'achat

Décider quels aliments acheter semblait davantage être une affaire de famille chez les francophones qui étaient plus portés à dresser des listes d'achat que les parents anglophones. Dans le cas de ces derniers, ce sont surtout les feuillets publicitaires (dans lesquels sont annoncés les rabais) qui servaient à planifier les achats — si tant est qu'ils les planifiaient.

Le prix de la viande, du poisson, des fruits et des légumes hors saison semblait constituer un facteur limitant pour les familles qui avaient un budget plus serré.

### Habitudes alimentaires

La plupart des familles prenaient trois repas par jour bien que, chez les anglophones, un certain nombre de mères étaient enclines à sauter des repas, notamment le petit déjeuner. Toutes les personnes interrogées ont affirmé manger chaque jour des aliments appartenant aux quatre groupes de base. Bon nombre d'adultes se préoccupaient de fournir des aliments nutritifs à leurs enfants bien qu'ils se permettaient souvent de succomber à des habitudes alimentaires qu'ils croyaient mauvaises pour la santé.

### Attitudes à l'égard de la nutrition

Toutes les personnes interrogées ont affirmé accorder de l'importance à la nutrition et estimaient avoir à ce moment de meilleures habitudes alimentaires que lorsqu'elles étaient jeunes et célibataires.

En dépit de certaines variantes, dans tous les groupes, les personnes interrogées avaient tendance dans l'ensemble à réduire leur consommation de matières grasses, à augmenter leur consommation de fruits et de légumes et à faire preuve de modération dans leur consommation de sucre. Les anglophones étaient plus enclins que les francophones à réduire leur consommation de sel et de sucreries.

La seule «bonne» habitude alimentaire unanimement acceptée a été la modération. Toutefois, la plupart des répondants considéraient qu'ils pourraient réduire leur consommation de matières grasses, et que les fruits, les légumes et les fibres alimentaires contribuent à la santé.

Les médias étaient une source importante d'information sur la nutrition pour les francophones comme les anglophones; toutefois, ces derniers étaient plus enclins que les francophones à consulter un professionnel, médecin ou diététiste, par exemple.

### Allégations touchant la santé

Les allégations qui suivent ont été élaborées pour les fins du questionnaire. Elles ont été conçues pour transmettre les recommandations les plus récentes sur la nutrition sous diverses formes.

1) «Pour être en meilleure santé, mangez moins de matières grasses et plus de fibres alimentaires/*Reduce fats and increase fibre intake for better health.*»

2) «Bien manger pour prévenir les problèmes de santé/*Eat sensibly to prevent disease.*»

3) «Diminuez les matières grasses à 30 p. 100 des calories que vous consommez/*Reduce your fat intake to thirty percent of calories.*»

4) «Pour une meilleure alimentation, mangez moins de matières grasses et plus de glucides/*Lower fat and increase complex carbohydrates for better nutrition.*»

5) «On est ce qu'on mange/*You are what you eat.*»

6) «Mangez pour être en bonne santé/*Eat for health.*»

Le premier énoncé fut jugé le plus motivant de tous et a été accueilli plus favorablement tant par les groupes anglophones que par les groupes francophones. Bon nombre de personnes voulaient savoir quels aliments contiennent des matières grasses et quels aliments contiennent des fibres alimentaires.

Le troisième et le quatrième énoncé n'ont pas été bien accueillis tant par les francophones que les anglophones, car presque personne ne savait ce que sont les glucides complexes ou comment calculer le pourcentage de calories que représentait leur consommation de matières grasses.

Pour les anglophones, il semblait préférable d'utiliser les mots «*help prevent illness*» que «*to prevent disease*», ce qui rend l'énoncé moins absolu. On préférait également les mots «*better health*» aux mots «*better nutrition*».

Les énoncés 5 et 6 ont été rejetés par toutes les personnes interrogées.

Dans l'ensemble, les expressions les plus motivantes et les plus chargées de sens pour les anglophones semblaient être les suivantes : «*Eat sensibly*»; «*Better health*»; «*Help prevent illness*» et «*Reduce fats and increase fibre*». Les francophones ont réagi de façon positive aux expressions «*Bien manger*» et «*Mangez moins de matières grasses et plus de fibres alimentaires*».

## Terminologie

Parmi les termes anglais évalués, les plus attrayants ou motivants, ainsi que les plus faciles à comprendre étaient les suivants : «Balance», «Sensible», et «Increase/Decrease». Ceux que les francophones ont préféré sont : «Modération», «Équilibré» et «Augmenter/Diminuer».

Autres constatations en ce qui concerne la terminologie :

Chez les répondants anglophones :

- On préférait «*food energy*» à «*calories*».
- On établissait une relation directe entre «*milk/milk products*» et «*calcium*».
- Parler de «*roughage*» n'est pas de nature à ouvrir l'appétit et ce mot a paru déplaisant.

Le terme «*water*» avait une meilleure résonnance que le terme «*fluid*».

Répondants francophones :

- À propos du mot «énergie», on établissait une relation avec l'énergie physique et non pas l'énergie alimentaire.
- Le mot «calories» était familier et facile à comprendre.
- La plupart comprenaient que le groupe «lait/produits laitiers» comprend en outre des produits comme le yogourt et le fromage.
- Le mot «liquide» était tout à fait limpide.

Les francophones ne comprenaient pas mieux que les anglophones la différence entre le cholestérol alimentaire (*dietary cholesterol*) et le taux de cholestérol (*serum cholesterol*). Les mots «glucides»/«*complex carbohydrates*» prêtaient aussi à confusion. Tous les groupes établissaient un lien entre les fibres et le groupe pains et céréales, mais peu considéraient les fruits et légumes comme des sources de fibres.

### Guide alimentaire canadien

La plupart des répondants avaient entendu parler du *Guide alimentaire canadien*, mais seulement trois groupes sur huit connaissaient suffisamment le document pour le reproduire.

Un faible nombre de portions a été indiqué pour le groupe pains et céréales.

Il semble que les gens ne se servaient du *Guide alimentaire canadien* que pour s'assurer qu'ils mangeaient tous les jours des aliments de chacun des quatre groupes, mais qu'ils ignoraient les nombres et les grosseurs de portions recommandés.

Les répondants se sentaient à l'aise avec le *Guide alimentaire canadien* car la présentation et les images des aliments leur étaient bien connues et faciles à comprendre.

### Méthodes de distribution

Bon nombre de répondants estimaient qu'il est très important de distribuer le Guide aux enfants parce que ce document exerce une influence non seulement sur les enfants eux-mêmes, mais aussi sur leurs parents.

Les méthodes de distribution envisagées sont diverses et comprennent : procéder à une distribution postale, distribuer des dépliants dans les épiceries, produire des documentaires, organiser des séminaires, publier des livres de recettes. L'idée de diffuser le Guide par l'intermédiaire des médias sous la forme de nouvelles ou d'articles convient bien au mode de vie des répondants.

## Conséquences

Il est plus facile de rejoindre les personnes qui ont déjà certaines connaissances en nutrition et de leur communiquer des idées à ce sujet. Ces personnes ont généralement déjà manifesté de l'intérêt pour les différents aspects de la nutrition et sont intéressées à perfectionner leurs connaissances. En conséquence, ce sont celles qui ont le moins besoin d'être renseignées étant donné que ce sont elles qui appliquent le plus rigoureusement les recommandations actuelles en matière de nutrition. Les personnes qui n'ont encore jamais cherché activement à recueillir de l'information sur la nutrition sont les plus difficiles à rejoindre et les moins réceptives à toute forme de nouvelles recommandations.

Il est très important, et ce pour tout le monde, d'avoir le sentiment de bien nourrir sa famille, c'est pourquoi certaines personnes adoptent une attitude défensive quand on leur propose des lignes directrices ou des restrictions qui vont à l'encontre de leurs croyances ou de leurs habitudes actuelles. On doit donc, lorsqu'on s'adresse à ce genre de personnes, les inviter à bien manger en les abordant d'une façon positive et attrayante et en évitant tout propos agressif ou tout reproche.

Une forte proportion des Canadiens connaissent le *Guide alimentaire canadien* et les quatre groupes d'aliments, mais ce n'est pas le cas de tous. La diffusion du Guide même, ainsi que des recommandations actuelles en matière de nutrition, pourrait être améliorée en élargissant le réseau de distribution et en diversifiant les méthodes.

Les personnes qui connaissent la version actuelle du *Guide alimentaire canadien* semblent à l'aise avec les recommandations qu'elles y trouvent, ce qui les rend plus résistantes vis-à-vis toute proposition de changement radical au document. D'après les résultats des recherches, il est recommandé de conserver le cercle et les images d'aliments utilisés, à la fois parce que les gens y sont habitués et parce que ce sont là de bons outils visuels. Pour améliorer encore plus le mode de présentation, on pourrait notamment : recourir à des images plus claires (par exemple, des photographies) et diviser le cercle en un nombre de sections de dimension proportionnelle au nombre de portions suggérées.

Les mots et le style utilisés devraient demeurer simples et porter à l'action et le ton devrait être positif.

Il est nécessaire d'indiquer aux gens quels aliments sont riches en fibres et quels sont ceux qui sont riches en matières grasses pour qu'ils puissent appliquer les recommandations relatives à l'augmentation de la consommation de fibres et à la diminution de celle de matières grasses dans leur alimentation.